



Nationalekonomiska institutionen
Ekonomihögskolan vid Lunds universitet

Bemanningsföretag i den svenska vården

- med ett fokus på hyrläkare

Kandidatuppsats augusti 2010
Linda Rydén
Handledare: Inga Persson

Sammanfattning

Denna studie behandlar bemanningsföretag, och mer specifikt vilken roll de har i dagens vårdsektor i Sverige. Diskussionen har avgränsats till att främst behandla hyrläkare. Min ansats är att få en överblick över fenomenet, samt undersöka varför det vuxit fram:

- Var finns hyrläkarna och vilken eventuell problematik finns kring dem
- Varför använder sig de svenska landstingen av hyrläkare

Vissa ser hyrläkarna som ett problem, medan andra anser att de är en nödvändig och bra hjälp för landstingen. Data både från landstingen, bemanningsföretagen och andra källor kommer att användas för att få en *mer* objektiv bild av hur det ser ut idag. Det visar sig att det för patienterna kan medföra risker att inte ha en kontinuerlig läkarkontakt, och att de inhyrda läkarna är dyrare än de fast anställda. Något annat som framträder tydligt är att det finns stora geografiska variationer. Det är framförallt de mindre orterna som har stora kostnader för inhyrd personal i vården. Ett stort problem är dock brist på data, och data som är motstridiga. Detta gör att resultaten många gånger är svårtolkade.

Men varför hyr man då in personal istället för att rekrytera. Detta kommer inledningsvis att analyseras med hjälp av teorin om fasta arbetskraftskostnader. Därefter används teorin om en monopsonistisk arbetsgivare för att se om det kan vara lönebildningseffekten av inhyrd personal som kan ligga bakom den ökade användningen av desamma. En allmän diskussion om fallspecifika orsaker kommer också att föras.

Nyckelord: Hyrläkare, stafettläkare, bemanningsföretag, arbetsmarknadsekonomi.

Innehåll

1. Inledning.....	4
1.1 Syfte och frågeställning.....	4
1.2 Definitioner, förtydliganden och avgränsningar.....	4
1.3 Disposition.....	5
2. Bemanningsbranschen	6
2.1 Historisk tillbakablick – bemanningsföretagen tar plats på den svenska arbetsmarknaden	6
2.2 Bemanningsföretagen idag – med fokus på hälso- och sjukvård	7
2.3 Hur betydande är detta fenomen i den svenska vården	10
3. Lönejämförelse – fast anställda respektive inhyrda läkare	14
3.1 Diskussion kring löneskillnader	14
4. Problematik kring hyrläkare	17
4.1 Den offentliga debatten	17
4.2 För- och nackdelar hyrläkare, skadliga eller nödvändiga för vården.....	19
5. Varför använder de svenska landstingen inhyrd personal	20
5.1 Alternativ till hyrläkare – har landstingen något val.....	20
5.2 Teorin om fasta arbetskraftskostnader	22
5.3 Teorin om den monopsonistiska arbetsgivaren	25
5.4 Övriga anledningar	26
6. Slutsatser och diskussion.....	27
7. Källförteckning.....	30
7.1 Bilaga 1: E-postkorrespondens.....	32
7.2 Bilaga 2: Källdata diagram 4 och 5	36

1. Inledning

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är för det första att få en överblick över fenomenet hyrläkare, och undersöka deras roll i svensk sjukvård. Det har visat sig att attityderna gentemot dem är skilda, och i uppsatsen har en ansats gjorts att skildra båda sidor av diskussionen. I media har hyrläkare ofta framställts som mer resurskrävande läkare som ger ett sämre resultat för patienten. Trots detta fortsätter landstingen att använda inhyrd arbetskraft. Det visar på att det antingen finns goda skäl för landstingen att göra så, eller att systemet är utformat så att de inte har någon annan valmöjlighet. Denna studie strävar efter att undersöka både omfattningen av fenomenet, men också att undersöka varför det ser ut som det gör idag. Vilka är skälen för den svenska vården att hyra in läkare? Är det något som kan, eller bör, förändras? Dessa frågeställningar är kärnan i min analys av Sveriges hyrläkare.

1.2 Definitioner, förtydliganden och avgränsningar

Ett viktigt begrepp att definiera här är hyrläkare. För många är det ett okänt begrepp, och vissa har endast hört benämningen stafettläkare. Även bemanningsläkare förekommer som en benämning på denna yrkeskategori. Jag väljer att framöver endast använda mig av ordet hyrläkare för minskad förvirring. Gruppen består av läkare som inte tillhör den fasta personalen, utan hyrs in vid ett eller flera tillfällen. Detta kan vara på grund av arbetstoppar, sjukdom, brist på fast personal eller liknande. Hyrläkarna kan tas in från bemanningsföretag, enskilda läkare med eget bolag, eller från grupperingar av läkare med eget bolag¹. Något annat som karakteriserar hyrläkarna är att det inte är landstingen som tar personalansvaret, det gör istället bemanningsföretaget eller det bolag de tillhör i normala fall. I denna uppsats kommer fokus att ligga på de hyrläkare som tas in från bemanningsföretag. Detta på grund av att de är den absolut största gruppen, samt att det ofta är lättare att hitta data kring dem.

Ett annat viktigt förtydligande rör bemanningsföretagen. I denna uppsats kommer främst uthyrningsfunktionen hos bemanningsföretagen att granskas. Det betyder inte att det är det enda bemanningsföretagen gör. Funktioner såsom rekrytering och omställning är också viktiga för bemanningsföretagen. Det är alltså inte så att bemanningsföretag motverkar fast rekrytering och bara sysslar med uthyrning, i många fall kan en initial uthyrning leda till fast rekrytering i ett senare skede. Men i den här uppsatsen belyser jag just uthyrningen, eftersom det är den mest betydande funktionen i detta specifika fall. Något annat rörande

¹ Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2003).

bemanningsföretagen att ta i beaktning är att den data som kommer från branschorganisationen Bemanningsföretagen, inte inkluderar alla bemanningsföretag. Det inkluderar dock huvudparten och alla de största företagen, och ger därför goda indikationer om hur det ser ut för bemanningsbranschen som helhet.

På en rad olika områden har denna uppsats avgränsats. Detta har delvis gjorts för att göra ämnet mer överskådligt, och för att uppsatsen ska få ett rimligt omfång. Med dessa syften har geografiska, tidsmässiga, yrkesmässiga med flera avgränsningar gjorts. De tidsmässiga avgränsningarna är ett resultat av att datatillgängligheten varit sämre längre tillbaka i tiden. Därför är det framförallt data från 2000 och framåt som använts. Fokus ligger på hur det såg ut 2009.

De geografiska avgränsningarna gäller framförallt att studien håller sig inom Sveriges gränser. Detta är inte ett självklart val, då många hyrläkare från Sverige i perioder jobbar i Danmark och Norge. Svårigheten med att räkna med andra länder är att det är svårt att bestämma hur långt man ska gå. Dessutom kan organisationsskillnader och dylikt ställa till med andra problem. För att undvika alltför många praktiska problem, och diskussioner om vad man måste ta hänsyn till i en jämförelse, har jag valt att endast titta på vad som sker innanför Sveriges gränser. Detta betyder dock inte att det endast är svenska hyrläkare som finns med i statistiken, utländska hyrläkare som verkar i Sverige räknas också in.

1.3 Disposition

För att få en överblick över hur bemanningsbranschen ser ut idag i Sverige inleds uppsatsen med en kortare redovisning av hur bemanningsbranschen utvecklats och vuxit i Sverige under de senaste åren. Jag tittar bland annat på hur svensk lagstiftning anpassat sig alltmer till bemanningsföretagen, och hur hårt motstånd de mött historiskt. Sedan följer några indikationer på hur stor bemanningsbranschen är inom den svenska vården.

Del tre av uppsatsen behandlar hur hyrläkarnas löner jämför sig mot de fast anställda läkarnas. Detta är ett avgörande avsnitt eftersom det delvis förklarar varför hyrläkarna är så omdebatterade, de kostar sjukvården stora pengar. Men det finns också mycket som ingår i en hyrläkares lön som ordinarie personal tillgodogör sig på annat sätt, vilket komplicerar bilden och gör att de siffror man ser ofta blir något missvisande. Detta till hyrläkarnas nackdel.

Den debatt som förts i media behandlas sedan mer ingående. Här har en ansats gjorts att skildra båda sidor. Utifrån den debatt som förts har jag sedan försökt att visa på vilka för- respektive nackdelar som finns med hyrläkare. Debatten har haft mycket starka motpoler som

också redovisat olika information. Detta gör att uppgifterna som kommer fram kan vara svårtolkade. Jag har därför kommenterat och diskuterat anledningar till varför uppgifterna skiljer sig, detta för att möjliggöra en analys.

Sedan följer själva analysen av situationen, det vill säga förslagen på svar till varför landstingen använder sig av inhyrda läkare. Jag har där börjat med att titta på vilka alternativ som finns till att ta in läkare från bemanningsföretag. Om det inte finns några andra alternativ är det inte en särskilt intressant frågeställning varför landstingen använder sig av dem. Därefter tittar jag på två ekonomiska teorier: teorin om fasta arbetskraftskostnader och teorin om den monopsonistiska arbetsgivaren. Till sist diskuteras fallspecifika orsaker.

2. Bemanningsbranschen

2.1 Historisk tillbakablick – bemanningsföretagen tar plats på den svenska arbetsmarknaden

Bemanningsföretag har funnits länge, de allra första bestod av kvinnliga kontorister som hyrde ut sina tjänster till diverse andra företag.² Men det fanns mycket hårda restriktioner för hur dessa skulle skötas. De fick till exempel inte drivas med vinstsyfte och en anställd fick inte hyras ut mer än fyra månader i sträck.

Sedan tidigt 90-tal har bemanningsföretagen fått en allt mer betydande roll på den svenska arbetsmarknaden. Under 90-talet skedde en rad avregleringar, och den kanske allra viktigaste kom 1993, SFS 1993:440. I och med denna lag avskaffades Arbetsförmedlingens monopol på arbetsmarknaden, man kunde nu hyra ut personal utan det speciella tillstånd från Ams som tidigare krävts. Då fanns det plötsligt utrymme för privata aktörer att kliva in. Lagändringen gjorde också att man kunde hyra ut personal även på längre sikt, den tidsbegränsning som tidigare gällt avskaffades. Det var nu istället i högre grad upp till de företag som hyrde in personal att bestämma hur länge de ville att vikariatet skulle gälla.

I samma veva fick vårdsektorn allt svårare att rekrytera sjukvårdspersonal.³ Läkaryrket hade blivit ett bristyrke. För de landsting som hade svårt att rekrytera öppnade sig nu en möjlighet att vända sig till bemanningsföretagen för att tillfälligt fylla sina vakanta poster. Och denna del av vårdsektorn har vuxit sig allt starkare sedan dess. Nedan följer en redovisning av hur detta segment utvecklats och såg ut 2009.

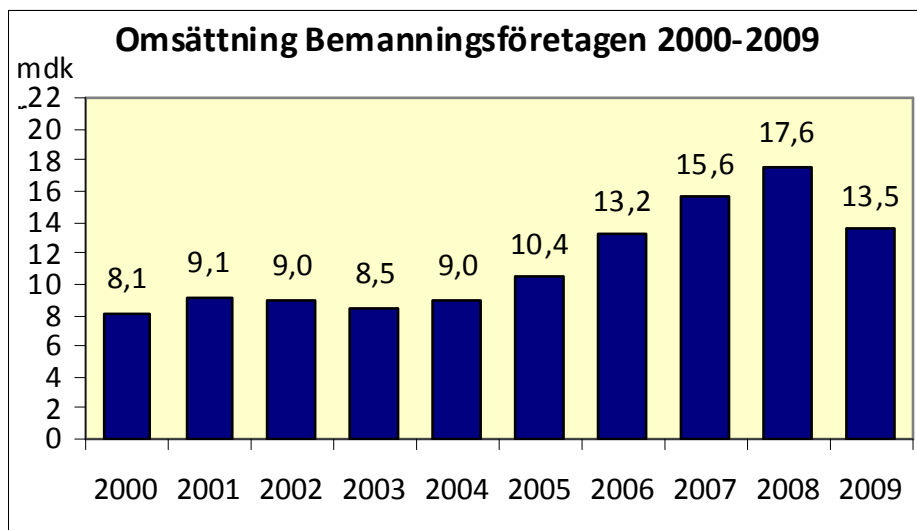
² Kort historisk sammanfattning finns bl.a. i Bemanningsföretagen (2010-04-01).

³ SKL (2003).

2.2 Bemanningsföretagen idag – med fokus på hälso- och sjukvård

För att se hur bemanningsföretagen ser ut på den svenska arbetsmarknaden idag, har branschorganisationen Bemanningsföretagens årsrapporter använts.⁴ All statistik som beskrivs i detta stycke finns att ta del av i ovan nämnda årsrapport. Viktigt att påpeka är att inte alla bemanningsföretag är certifierade medlemmar av denna organisation. I verkligheten är siffrorna således något högre än de som redovisas nedan, eftersom andra företag också faller under samma kategori men inte finns registrerade här. Bemanningsföretagen omsatte år 2009 13 537 mkr vilket var en betydlig minskning sedan 2008. Hälsovårdssektorn stod för 935 mkr av bemanningsföretagens totala omsättning, det vill säga ca 7 procent. Då den här branschen är konjunkturkänslig kan man tydligt se hur omsättningen följer det ekonomiska läget. Bemanningsföretagen tappade en knapp fjärdedel av sin omsättning 2009 jämfört med 2008. Detta illustreras i diagram 1 nedan, vilket visar Bemanningsföretagens utveckling från år 2000 till 2009. Här kan man tydligt se vilken effekt finanskrisen haft på bemanningsbranschen. I hårda tider är det lättare att göra sig av med inhyrd än fast personal. Man tar heller inte in vikarier och projektanställda i samma utsträckning.

Diagram 1: Bemanningsföretagens utveckling 2000-2009



Källa: Bemanningsföretagen

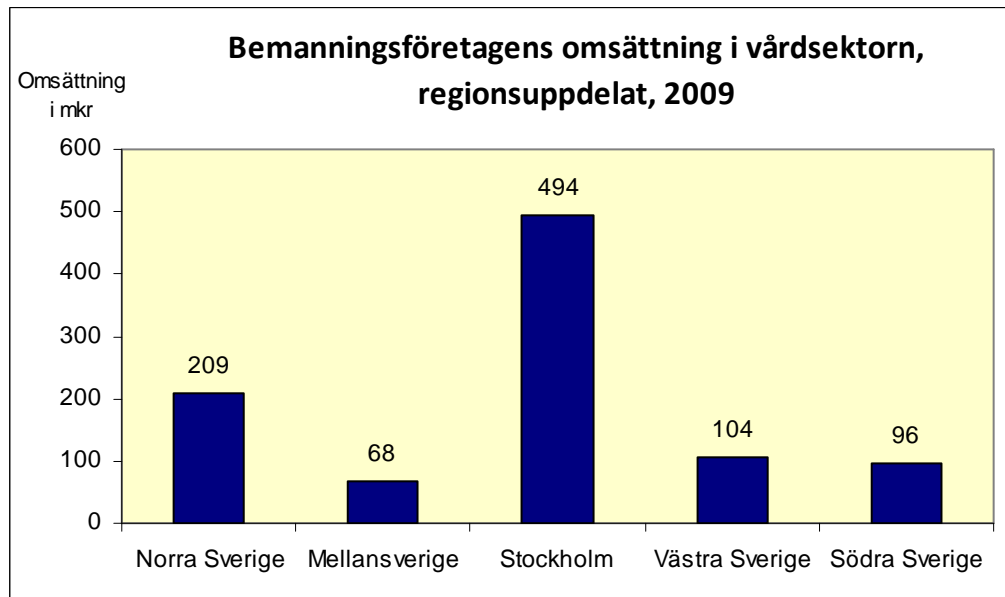
Man kan i diagram 1 se en tydlig nedgång år 2009, den startade redan sista kvartalet 2008, som i övrigt var ett rekordår. Efter många års stadiga uppgångar, innebar 2009 ett fall tillbaka till 2006 års nivå, vilket innebär en nedgång med ca 4 miljarder kronor.

⁴ Bemanningsföretagens årsrapport 2009.

Men då bemanningsföretagen som helhet tappade nästan en fjärdedel av sin omsättning, ökade hälsovårdssektorn sina utgifter för bemanningsföretag med hela 36 procent. Den uteblivna minskningen kan kanske tillskrivas att sjukvården inte kan skära ned på samma sätt som många andra sektorer. Efterfrågan på sjukvård kommer sannolikt inte att variera med konjunkturen på samma sätt som exempelvis efterfrågan på bilar. Människors möjlighet att genomföra en höftledsoperation ska inte få minska vid en konjunkturedgång, medan människors möjlighet att köpa en bil mycket väl kan tänkas minska vid sänkta inkomster. Detta gäller i ett land som Sverige där vi har en obligatorisk sjukförsäkring som täcker alla.

Det ska också sägas att omsättningsutvecklingen varierat kraftigt i landet. I norra Sverige minskade faktiskt efterfrågan på inhyrd personal i sjukvården⁵ medan den i vissa andra delar av landet såg en kraftig uppgång. Till exempel ökade den i västra Sverige med 66 procent. Det kan ha en koppling till att norra Sverige har en stor *andel* inhyrd personal jämfört med de andra delarna av landet. Här uppgår hälso- och sjukvård till hela 17 procent av den totala omsättningen för bemanningsföretagen, medan riksnittet som tidigare nämnts ligger på 7 procent. Det är alltså en del av Sverige som skiljer sig markant från de övriga i detta avseende. Vårdenheter som ligger på avlägsna och fåbebodda platser kan tänkas ha svårare att rekrytera och behålla fast personal, de är då i större mån beroende av inhyrd personal. Ett exempel som tydligt visar detta är de mycket höga lönerna för vissa inhyrda läkare i norra Norge. I diagram 2 visas hur mycket Bemanningsföretagen omsatte inom vårdsektorn i Sveriges olika regioner 2009.

⁵ Bemanningsföretagens årsrapport 2009.

Diagram 2: Regionskillnader i användande av inhyrd personal

Källa: Bemanningsföretagen

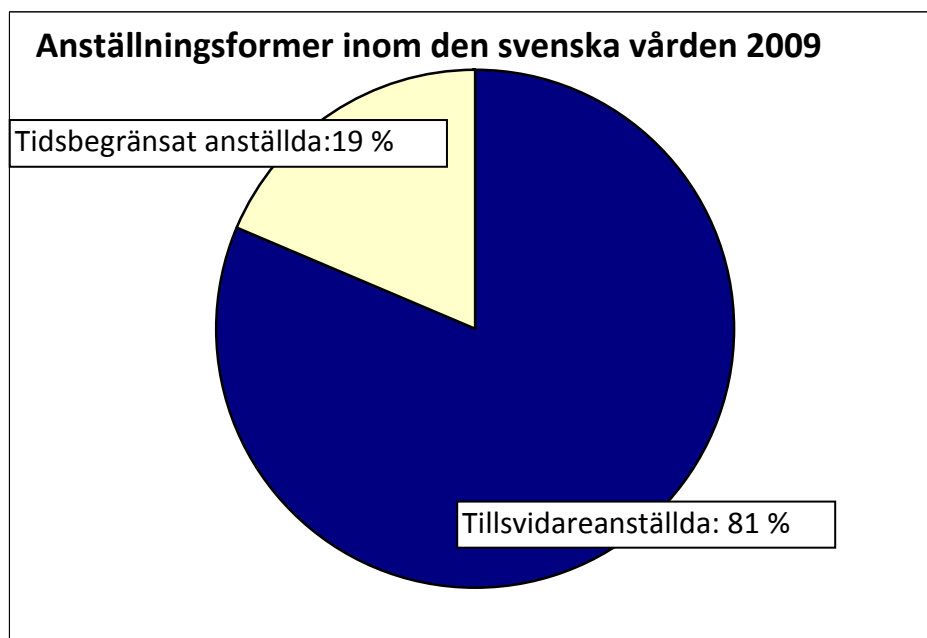
De redovisade siffrorna i diagram 2 inkluderar inhyrd personal såsom läkare och sjuksköterskor, och kan även inkludera städare och administrativ personal som verkar inom vårdsektorn. Det är alltså inte bara hyrläkare som redovisas under posten hälso- och sjukvård. Diagram 2 visar att Stockholm är den överlägset största användaren av inhyrd personal i sjukvården. Det är dock några saker man bör tänka på innan man drar slutsatser utifrån detta. Stockholm stod 2009 för 40% av bemanningsbranschens totala omsättning⁶. Bemanningsbranschen omsätter alltså stora summor i Stockholm jämfört med resten av landet, och man kan tänka sig att flera bemanningsföretag har ett starkt fäste där. Stockholm har också relativt många specialister. Om man behöver många specialister är risken stor för att man behöver anställa specialister det råder brist på. Levnadskostnader, och därmed också löner, kan förväntas vara högre i huvudstaden. Om man sätter Stockholms hyrkostnader i relation till deras totala personalkostnader blir siffrorna också lättare att förstå. Detta kommer att diskuteras mer i samband med diagram 4 och 5 senare i uppsatsen. Därför är norra Sveriges omsättning kanske mer uppseendeväckande. Här omsätter bemanningsföretagen relativt lite, men just vårdsektorn är stor. En anledning till detta kan vara svårigheter med rekrytering på glesbygden. Klart är att de geografiska variationerna är stora.

⁶ Bemanningsföretagens årsrapport 2009.

2.3 Hur betydande är detta fenomen i den svenska vården

Är inhyrd personal från bemanningsföretag en så pass betydande del av vårdsektorn att det är värt att analyseras för sig? Det har varit en väldigt het debatt senaste tiden kring hyrläkarna⁷, det i sig skulle kunna vara anledning att undersöka fenomenet närmare. Men det har visat sig svårt att få en exakt siffra på hur stor denna post verkligen är. Flera olika rapporteringar har tagits fram⁸ och de ser väldigt olika ut. Faktiskt skiljer det så mycket som 1,3 miljarder kr från rapport till rapport för 2008⁹. För att få en uppfattning om vilket segment detta berör och vilken storleksordning vi talar om kan diagram 3 över hur de anställda inom vården är fördelade vara till hjälp.

Diagram 3: Anställningsformer i vården 2009



Källa: SCB

Diagram 3¹⁰ visar att det är ca 19% av den totala arbetsstyrkan inom vårdsektorn som är tidsbegränsat anställda. Under denna kategori befinner sig de anställda som är inhyrda av bemanningsföretag. Hur många procent som hyrs in av denna del är alltså svårare att säga. På grund av omfattande omstruktureringar inom många av de svenska landstingen, är dokumentationen svår både att få tag i och tolka. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har inga register över landstingens anlitande av hyrläkare eller bemanningsföretag. Det finns

⁷ SVT:s Uppdrag Granskning (2009).

⁸ Bl.a. Holender, R. (2009) samt Bemanningsföretagens årsrapport 2009.

⁹ Bäckström, H. (2009).

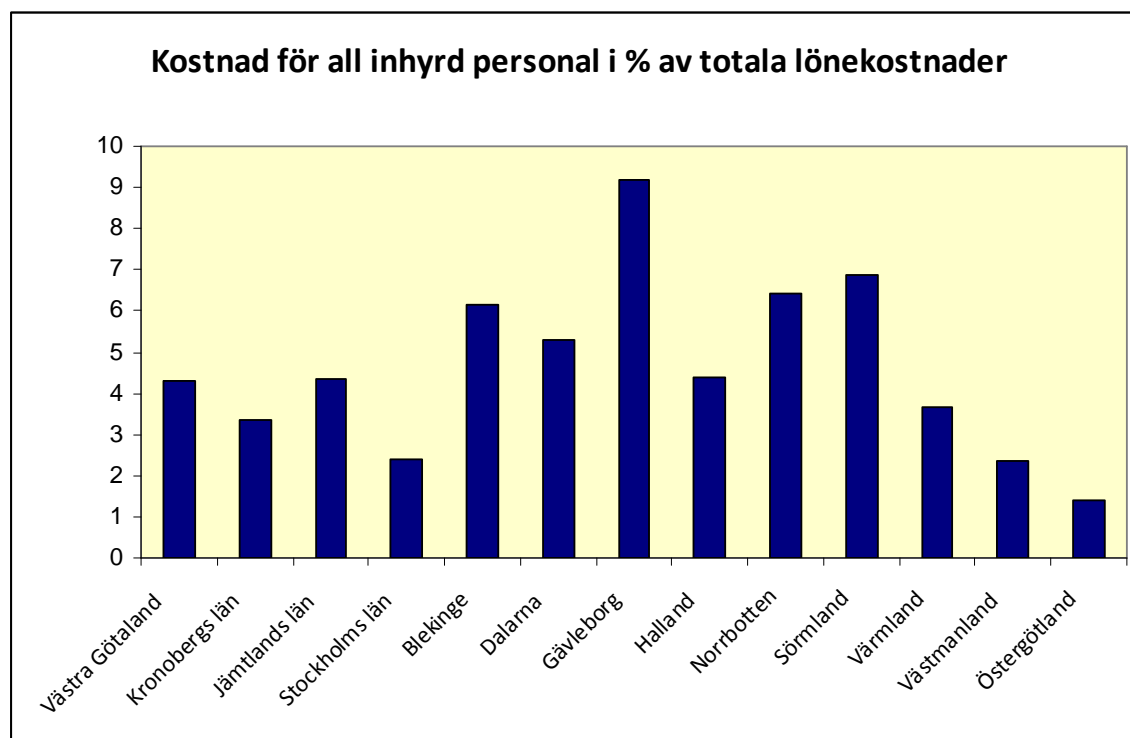
¹⁰ Statistiska centralbyrån (SCB) (2010-04-15).

heller ingen sådan statistik att hämta hos SCB. Det finns landsting som inte existerat under någon längre period, exempelvis Västra Götalandsregionen som bildades 1999, och som bytt system för att samla in statistik. Dessutom är det vanligt att inte föra statistik över bemanningspersonal på samma sätt som över sin ordinarie personal. Detta på grund av att landstingen inte har personalansvaret för inhyrd personal utan det har bemanningsföretagen själva. Till exempel fick jag från landstinget i Uppsala svaret ”Eftersom vi köper en tjänst av ett företag för vi inga register över antal personer via bemanningsföretag”¹¹. Det finns således allt som oftast inga uppgifter över hur mycket arbetstid som täckts upp av hyrläkare. Däremot kan landstingen ofta redovisa en bruttokostnad för vad bemanningspersonalen kostar. Till exempel finns bra uppgifter att tillgå från Jämtlands läns landsting. Dessa kommer att diskuteras närmare i diskussionen kring löneskillnader mellan ordinarie och inhyrda läkare. Nedan följer diagram 4 och 5, visande de uppgifter några av landstingen själva redovisat¹² för inhyrd personal. Eftersom landstingen inte har något gemensamt rapporteringssystem för dessa uppgifter kräver dessa diagram ett antal förklaringar. För att få en mer rättvisande bild av kostnaderna har jag valt att redovisa dem i procent av landstingens totala lönekostnader. Vissa landsting har redovisat kostnaden för all inhyrd personal, medan andra angett kostnaden för hyrläkare. Diagram 4 visar de landsting som angett all inhyrd personal. I diagram 5 anges de landsting som redovisat kostnaden enbart för hyrläkare. Datan i diagram 4 och 5 kommer dels från landstingens årsredovisningar, och dels från e-postkorrespondens. Hela data-materialet finns bifogat i bilaga 2.

¹¹ Se bilaga 1, Uppsala län.

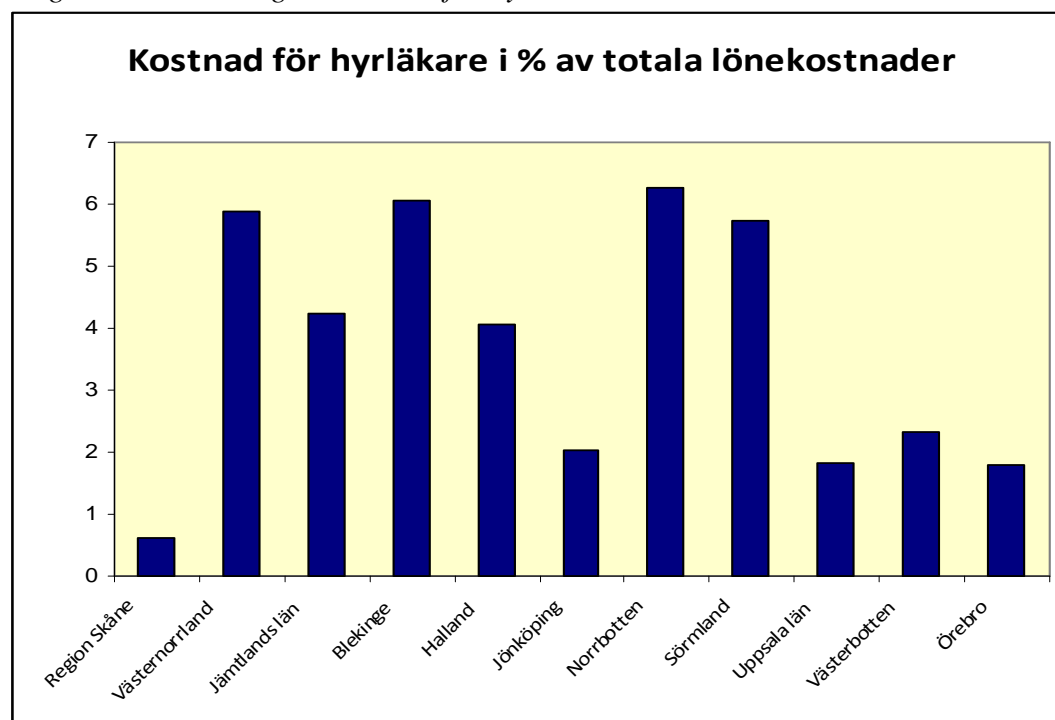
¹² Se bilaga 2.

Diagram 4: Landstingens kostnad för inhyrd personal i relation till totala lönekostnader 2009



Källa: Sveriges landstings årsredovisningar, SKL samt e-postkorrespondens, se bilaga 2.

Diagram 5: Landstingens kostnad för hyrläkare i relation till totala lönekostnader 2009



Källa: Sveriges landstings årsredovisningar, SKL samt e-postkorrespondens, se bilaga 2.

Förtydliganden till diagram 4 och 5

Jämtlands län: Uppgifter från 2008.

Uppsala län: Data från lasarettet i Enköping ej tillgängliga

Om man endast hade tittat på de faktiska kostnaderna¹³, hade Stockholm och Västra Götaland stuckit ut som de landsting som använder mest inhyrd personal. Men i diagram 4 och 5 framgår att de inte har osedvanligt höga kostnader för inhyrd personal om man ställer detta i relation till de totala lönekostnaderna. Landsting som här sticker ut med höga kostnader är istället framförallt Gävleborg i diagram 4 och Norrbotten, Blekinge, Västernorrland och Sörmland i diagram 5. Däremot har Västra Götaland en historiskt anmärkningsvärd utveckling, under en tioårsperiod har deras kostnader ökat från ca 145 till 535 mkr för inhyrd personal.¹⁴ Några landsting som utmärker sig med låga kostnader för inhyrd personal är Region Skåne och Östergötland. Region Skåne arbetar aktivt för att minska sitt användande av inhyrd personal¹⁵, och det verkar som att de funnit en fungerande metod.

Något som var svårt att få med i diagrammen, men intressant att uppmärksamma, är några detaljer kring Kronobergs landstings siffror. Kronobergs landsting redovisar att 37 mkr gick till inhyrda läkare och sjuksköterskor under verksamhetsåret 2009. Den totala kostnaden för inhyrd personal var 39 mkr. Men mer intressant är kanske följande formulering i deras årsbokslut: "Behovet av hyrläkare är fortfarande avsevärt och förväntas så förbli även under 2010, trots en gemensam strävan att minska inhyrningen"¹⁶. Även Kronobergs landsting, som rapporterat in relativt låga kostnader för inhyrd personal, upplever det alltså som ett problem.

Ett sätt att visa på hur stor bemanningssektorn är i den svenska vården är att jämföra de siffror Bemanningsföretagen redovisar för vårdsektorn, med vårdens totala omsättning. År 2007 kostade den svenska vården 278 miljarder kronor enligt Socialstyrelsens *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.¹⁷ Bemanningsföretagen omsatte samma år 567 miljoner kr i vårdsektorn¹⁸. Enligt dessa siffror uppgår kostnaderna som orsakas av bemanningsföretag för vården inte ens 1% av vad vården kostar totalt sett. Här räknas dock inte alla bemanningsföretag med, och den siffran har vuxit i hög takt de två senaste åren. Nu är omsättningen som nämnts tidigare 935 miljoner kr för bemanningsföretagen inom vården. Fenomenet hyrläkare verkar alltså egentligen inte utgöra en stor post i den svenska vården, men för enskilda landsting kan den vara tung, och den växer kraftigt i vissa delar av landet.

¹³ Se bilaga 2.

¹⁴ Se bilaga 1, Västra Götaland.

¹⁵ Kalin, K. (2010-03-01).

¹⁶ Se bilaga 1, Kronobergs län.

¹⁷ Socialstyrelsen (2009).

¹⁸ Bemanningsföretagens årsrapport 2007.

3. Lönejämförelse – fast anställda respektive inhyrda läkare

3.1 Diskussion kring löneskillnader

I en artikel som Dagens Nyheter publicerat¹⁹ nämns att ”Medianlönen för en specialisläkare i Uppsala ligger på ca 50 000 kr i månaden. Det är vad vissa hyrläkare kan tjäna på en veckas arbete, vissa ännu mer”. Personaldirektör för Uppsala läns landsting, Lotta Halling, säger också i en intervju i artikeln att: ”En hyrläkare kostar generellt dubbelt så mycket som en tillsvidareanställd läkare”. Är det verkligen sådana löneskillnader mellan de fast anställda och hyrläkarna, skulle inte alla vilja vara hyrläkare om lönen i snitt skulle fördubblas? År 2002 var den genomsnittliga bruttolönen för läkare i Sverige 45 300 SEK per månad.²⁰ Anledningen till att 2002 nämns här, är att det är den färskaste siffran på en *medellön* för hyrläkare jag har kunnat få fatt i. Kanske på grund av att ämnet idag är känsligare än det var för åtta år sedan. Enligt SPUR, som är föregångaren till branschorganisationen Bemanningföretagen, låg bruttolönen för hyrläkare 2002 på ca 72 000- 80 000 SEK per månad.²¹ Det betyder alltså en skillnad i bruttolön på mellan 25 600 och 33 600 SEK per månad. Idag är den genomsnittliga bruttolönen för läkare i Sverige 51 100 SEK per månad.²² Jag kan dock inte anta att skillnaden är densamma idag. En viktig detalj att uppmärksamma här är att medellönen för hela Sveriges läkare även inkluderar icke-specialister, och en stor del av hyrläkarna är specialister. Det borde betyda att man kan förvänta sig en högre medellön för hyrläkare. Från Jämtlands läns landsting har jag också fått en del uppgifter, som kan hjälpa till att ge en fingervisning om löneläget för hyrläkare. Tabell 1 visar hur deras kostnader för inhyrd personal sett ut 2004-2008.

Tabell 1: Jämtlands läns landsting, benyttjande av hyrläkare

År	2004	2005	2006	2007	2008	Medelvärde
Läkartid (timmar)	42497	41259	54024	33090	39381	42050
Läkarkostnad (mkr)	40	36	43	32	38	38
Genomsnittskostnad(kr/timme)	944	884	787	961	969	909

Källa: Jämtlands läns landsting

Om man jobbar heltid och har en timlön på 909 SEK, skulle detta innebära en bruttoläkarkostnad på drygt 140 000 SEK per månad. Detta skulle kunna tolkas som att

¹⁹ Holender, R. (2009-02-26).

²⁰ Ohlin, E. (2003).

²¹ SKL (2003).

²² SCB (2010-04-29).

bruttolönen är mycket hög för hyrläkarna. Man ska dock komma ihåg att detta inte är pengar som går direkt till hyrläkarna. Det är troligt att andra kostnader också täcks in under rubriken läkarkostnader. En rad faktorer gör en jämförelse mellan hyrläkarlöner och fast anställdas löner svår att genomföra. Nedan följer en diskussion kring några av dessa, och vad som kan ingå i kostnaden för hyrläkare.

För att kunna uttala sig om lönerna bör man först titta på hur dessa fastställs. Dels så sätts lönerna efter individuella kvalifikationer och erfarenheter. Som nämnts tidigare är hyrläkare ofta specialister som det råder brist på. Viktigt att tänka på är också att i hyrläkarnas timlön ska personalkostnader ingå, vilket redan betalats hos ordinarie personal. Så även om man skulle kunna hitta ett slags rikssnitt på dessa löner skulle det inte bevisa något om man inte tagit detta i beaktande. Men det är även andra extrakostnader som tillkommer för hyrläkarna. De har ofta andra rese- och boendekostnader än de fast anställda. Dessutom tar bemanningsföretagen ut en avgift. Detta ska också ingå i timlönen. Tabell 2 är en översikt över vad som ingår i den lön läkarna får ut från landstingen, uppdelat på fast anställda och inhyrda läkare.

Tabell 2: Vad ingår i timlönen för fast respektive inhyrd personal?

Fast anställd	Inhyrd
Bruttolön	Bruttolön
	Personalkostnader
	Avgift till bemanningsföretaget
	Ev. extra administrativa utgifter
	Ev. rese- och boendekostnader
	...

Många av hyrläkarna jobbar mer än fulltid, och långt från sina hem. Detta indikerar att det måste finnas andra incitament än samma lön som hemma, det indikerar att den bruttolön som hyrläkare får – efter att avgifter till bemanningsföretaget/utgifter för resor etcetera är betalda – borde vara högre för att locka dit dessa läkare. Dessutom innebär det en större osäkerhet att inte ha ett fast arbete på samma sätt som den ordinarie personalen. Man kan tänka sig att hyrläkarna även vill ha en viss kompensation för det. Utifrån e-postkorrespondens med *Almega*²³, Bemanningsföretagens branschorganisation, kan det ses som ett alternativ till att ordinarie läkare ska jobba övertid. Hyrläkarna tas in vid brist på fast anställda, och kan ses

²³ Se bilaga 1, Bemanningsföretagen *Almega*.

mer som ett komplement än substitut till fast anställda. Härunder står det uttryckt av Johannes Eriksson, VD för Rent-A-Doctor, vilka hyr ut läkare till landstingen.

”Ofta påstås det att hyrläkare kostar dubbelt så mycket som egen anställd personal. Det stämmer inte om man jämför per vårdtillfälle. En hyrläkare kan ta emot betydligt fler patienter, eftersom han/hon slipper sitta i alla möten som tar så mycket av de fast anställda läkarnas tid. Dessutom ingår sociala avgifter samt kostnader för exempelvis utbildning, sjukdom, föräldraledighet och administration i kostnaden för hyrläkare.”²⁴

Johannes Eriksson, Carema AB
VD Rent-A-Doctor

Detta citat visar att hyrläkarens lön ska täcka mer än den ordinarie läkarens. Det tyder också på att hyrläkarna möter en något annorlunda arbetsmiljö än den ordinarie. De ”behöver” inte delta i möten med övrig personal, och kan istället ta emot fler patienter. Huruvida att inte få diskutera patienter med kollegor och jobba i ett högre tempo påverkar kvaliteten på arbetet nämns dock inte.

De som arbetar som hyrläkare är ofta läkare med en bred kompetens. Det finns också hyrläkare som hyrs in på grund av att de har en mycket ovanlig eller eftertraktad kompetens. Men ett typexempel på stafettläkare är distriktsläkarna och specialister i allmänmedicin. Det finns en mycket hög efterfrågan på denna typ av läkare Detta på grund av att de har en bredare kompetens än andra specialister. Därmed behövs fler av dem än dem med mycket smala specialistområden. Just nu finns också en nationell brist på röntgenspecialister och psykiatriker, dessa är också specialistområden som behövs på många orter. Många spetskompetenser kan centreras till större sjukhus, som Uppsala, Stockholm, Göteborg och Lund. Men vissa typer av läkare behövs i princip överallt. Exempelvis allmänläkare till vårdcentraler, eller röntgenspecialister. Detta leder till att de krävs i större omfattning.

År 2001 gjordes en undersökning av Distriktsläkarna²⁵ som tittade på attityder till att jobba som hyrläkare. Undersökningen visade att gruppen distriktsläkare är en grupp med en mycket positiv attityd till att jobba som hyrläkare och med ett utbrett missnöje med den befintliga arbetsplatsen. Många som inte redan arbetade som hyrläkare kunde tänka sig att göra det, som komplement till eller substitut för sitt fasta arbete. På frågan om varför de ville arbeta som hyrläkare var ett vanligt svar lönefrågan. Det talar för att de inte anser att de får en

²⁴ Eriksson, J. (2009-08-27).

²⁵ Ståhlberg, B. (2001).

lön som motsvarar deras krav. Andra svar visade på missnöje med arbetsgivaren, att man ville pröva på något nytt och så vidare. Denna undersökning tyder på att det hos vissa läkare kan finnas en önskan att behålla systemet med hyrläkare. Är detta på grund av att landstingen är dåliga arbetsgivare, att läkarna kräver för mycket eller finns det andra grunder? Den här frågeställningen har varit en del av den debatt som blossat upp i media kring hyrläkare, som kommer att diskuteras mer detaljerat i del fyra.

4. Problematik kring hyrläkare

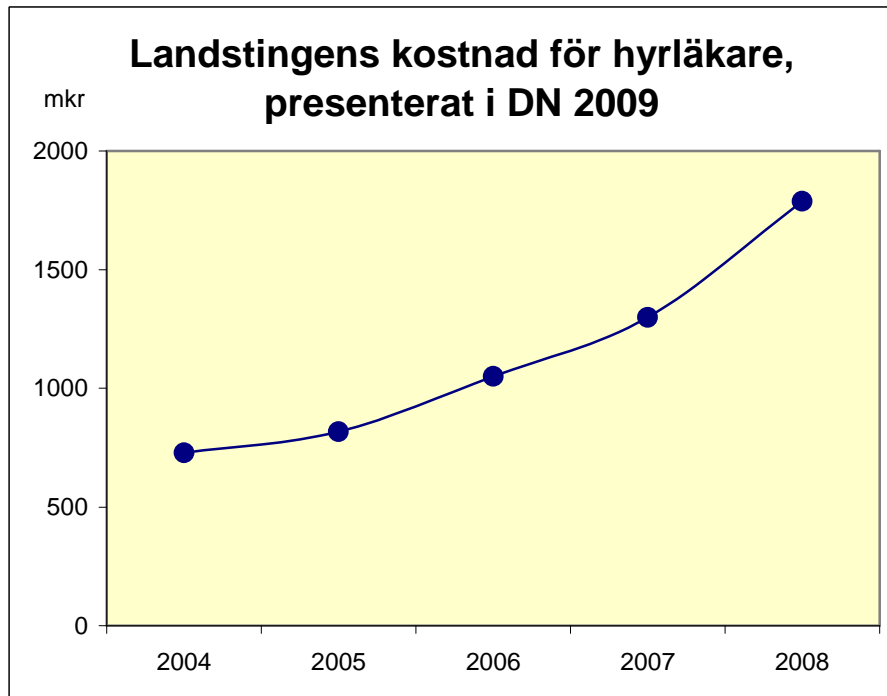
4.1 Den offentliga debatten

I media har högljudda debatter förts kring hyrläkarna. Det har handlat om vad de kostat för den svenska vården, och huruvida de varit sämre för patienterna eller inte. Kanske mest uppmärksammat är SVT:s granskning av fenomenet, dokumentären *Den sjuka vården*. Den skildrar hur det kan se ut på underbemannade vårdcentraler runtom i Sverige. Särskilt fokus ligger på att visa att den bristande kontinuitet som hyrläkare kan medföra, kan skada patienterna. Ett antal Lex Maria-anmälningar kan i dokumentären kopplas till just bristande kontinuitet i läkarkontakten. Under 2008 uppgav SVT:s Uppdrag Granskning att 54 Lex Maria-fall kunde knytas till bristande kontinuitet. Av dessa avled 27 patienter. Ett specifikt fall som tas upp är en patient som var storrökare med heshet och bröstsmärtor. Hon gjorde upprepade besök hos läkaren, men trots detta upptäcktes inte att hon hade lungcancer. Hennes prognos kom först efter det nionde läkarbesöket. Patienten avled kort efter detta. Den primära orsaken till hennes sena prognos fastslogs till att vara bristande kontinuitet i läkarkontakten. Fall som detta väcker självklart upprördhet. I reportaget skylls detta på systemet med hyrläkare. Inte nödvändigtvis för att de är sämre läkare, men för att de inte har samma möjlighet att följa patienters utveckling under en längre period.

Ett annat uppmärksammat inslag i debatten har varit en undersökning som bland andra Dagens Nyheter tagit fram visande kostnader för hyrläkare²⁶. DN har undersökt kostnaderna från samtliga landsting för just hyrläkare. Den sammanlagda kostnaden för 2008 uppgavs till 1,8 miljarder kronor. Detta innebär en ökning med mer än en miljard under en femårsperiod, under vilken det var meningen att man skulle minska beroendet av hyrläkare. DN presenterade den grafik över utvecklingen som ses i diagram 6.

²⁶ Holender, R. (2009-02-26).

Diagram 6: DN:s version av utvecklingen av kostnad för hyrläkare



Källa: DN

I diagram 6 syns en påfallande kostnadsökning. I den artikel som kommenterar dessa siffror skrivs att medianlönen för en specialist i Uppsala uppgår till 50 000 SEK, och att ”Det är vad vissa hyrläkare kan tjäna på en vecka, vissa ännu mer”²⁷. Problem med kvaliteten på hyrläkarna tas också upp. De framställs enbart negativt, som dyra och dåliga alternativ till ordinarie personal.

Men dessa kostnader dementeras hos Bemanningsföretagen. Förbundsdirektör för Bemanningsföretagen, Henrik Bäckström, skriver följande som en kommentar till de kostnadsredovisningar som rapporterats:

²⁷Holender, R. (2009-02-26).

Bemanningsföretagens medlemmar fakturerade 698 miljoner kronor för all vårdbemanning 2008. Landstingen redovisar att bara hyrläkare kostade 1,8 miljarder kronor samma år. Över en miljard kronor saknas. [...] Förbundet Bemanningsföretagen som organiserar närmare 400 bemanningsföretag [...] fakturerade 698 miljoner kronor för uthyrda läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden, läkarsekreterare och mottagningspersonal under år 2008. De 698 miljoner kronorna avser inte bara uthyrning till landsting utan även kommuner och privata vårdgivare. Av totalbeloppet är drygt 500 miljoner hänförligt till just läkaruthyrning, men gäller alltså även för uthyrning utanför landstingsvärlden. [...] Vilka andra företag har fakturerat landstinget runt 374 miljoner kronor för hyrläkare 2008? Är det företag som inte omfattas av kollektivavtal knutna till de stora fackförbunden och som inte förbinder sig att följa etiska spelregler? Eller är det så att det i beloppet ingår kostnader också för annan vårdpersonal, för städning, bevakning och inhyrd administration?²⁸

Vidare uppmanar Henrik Bäckström landstingen att redovisa vad dessa till synes försvunna pengar gått till. Det är tydligt att skillnaderna är mycket stora i kostnadsredovisningen. Och det framgår också att en anledning till detta är svårigheter i bedömningen av vad som skall tas med i beräkningarna. Exempelvis har landstingen sannolikt ökade administrativa kostnader för sin kontakt med bemanningsföretagen, för att ta in nya anställda och så vidare. För att kunna ta ställning till dessa kostnader, och för att kunna rapportera om dem i media, bör tydligare riktlinjer för vad som skall ingå i kostnadsredovisningen sättas upp.

4.2 För- och nackdelar hyrläkare, skadliga eller nödvändiga för vården

Av diskussionen ovan framgår att det framförallt är bristande kontinuitet som tas fram som ett stort minus för hyrläkarna. De har heller inte samma möjlighet att diskutera patienter med kollegor då de ofta arbetar under mycket hög tidspress. Det hårda arbetstempot kan kanske försämra kvaliteten på arbetet och om de tas in med kort varsel kan det vara svårare att grundligt undersöka om läkaren verkligen håller den standard som krävs. Många hyrläkare har fast anställning på någon vårdenhets och arbetar för bemanningsföretag under sin komplementledighet. Poängen med komplementledigheten försvinner då i hög grad. Den högre lönen och de kostnaderna hyrläkarna pådrar landstingen är också ett starkt argument mot hyrläkarna. Det kan eventuellt också skapa missnöje eller avundsjuka hos den ordinarie personalen om

²⁸Bäckström, H. (2009-10-05).

löneskillnaderna är påtagliga. Ett annat minus är att det för landstingen kan bli svårare att följa upp och åtgärda sådant som brister i arbetsmiljön etcetera, om delar av personalen inte stannar under längre perioder. Eventuellt kan det också vara ett problem att en inhyrd läkare inte ser helheten i organisationen som en ordinarie kan, till exempel är det lättare att ha överblick över interna bestämmelser och den ekonomiska situationen om man arbetar på samma plats under längre tid.

Det var ett antal negativa aspekter med att ta in hyrläkare. Men det finns även positiva sidor. De har beskrivits som räddare i nöden och en avlastning för ordinarie personal. Många vårdenheter skulle sannolikt inte kunna ha en fungerande verksamhet om inte hyrläkarna fanns. Vid akut brist på fast personal, vid arbetstoppar eller sjukdom exempelvis, kan hyrläkare avlasta personal som annars hade fått jobba mer än de hade klarat av. Personer som behöver vård kan annars tvingas resa längre sträckor för att komma till någon med möjlighet att ta emot dem. Man kan då se hyrläkarna som ett alternativ till att den ordinarie personalen arbetar övertid eller att vissa vårdenheter tvingas stänga eller begränsa sin mottagningsverksamhet. Det faktum att läkare kan välja att arbeta på flera olika arbetsplatser ger också landstingen incitament till att skapa mer fördelaktiga arbetsmiljöer för sin personal. Om ett landsting sticker ut med högre fasta löner, eller mer inflytande för läkarna, betyder det att man har större chans till att kunna rekrytera tillräckligt med fast personal. Realiteten är dock att de vårdenheter som ligger i glesbygd har en stor nackdel vad gäller fast rekrytering oavsett åtgärder för bättre arbetsvillkor.

5. Varför använder de svenska landstingen inhyrd personal

5.1 Alternativ till hyrläkare – har landstingen något val

I uppsatsen har diskuterats varför den svenska sjukvården använder sig av hyrläkare. Det finns en del man kan göra för att minska användandet av hyrläkare. Vissa åtgärder riktar endast in sig på att begränsa möjligheten att använda hyrläkare. Den andra kategorin åtgärder går ut på att öka antalet fast anställda på olika sätt.

Ett sätt som till exempel tillämpas av landstinget i Uppsala län är att ha en mycket restriktiv politik för hur man tar in hyrläkare. Man kan sätta en gräns på hur stor del av den ordinarie personalen som ska vara frånvarande för att få ta in extrapersonal. Region Skåne tar inte in hyrläkare förrän hälften av ordinarie personal är borta. Ett annat sätt är att kräva

godkännanden från högre ansvariga på vårdenheten, som har större överblick över ekonomin. Eller på annat sätt försvåra den administrativa processen.

Sätt att öka rekryteringen av fast anställda läkare kan vara svårare för varje enskilt landsting att implementera. Dels finns en ständigt pågående debatt om hur många läkare som ska utbildas. Många anser att det utbildas för få nya läkare med tanke på att det råder en nationell brist inom vissa områden. Att utbilda fler läkare skulle alltså kunna vara en lösning. Man kan också tänka sig att program för att fortare översätta utländsk läkarkompetens skulle kunna implementeras. Om språkbarriärer och andra hinder snabbare kunde brytas ned finns det gott om läkare som utbildats i andra länder som skulle kunna arbeta i Sverige. Det är slöseri med kompetens att vi har läkare som arbetar med lågkvalificerat arbete när det finns ett stort behov för deras tjänster, bara för att det inte finns ett bra sätt att översätta deras kompetens.

Något som landstingen själva kan göra är att öka incitamenten till att arbeta som fast anställd. Som fastslagits tidigare, har de som arbetar som hyrläkare ofta uttryckt missnöje över sin ordinarie arbetsplats. Om man då tog tillvara på den kritiken, vad skulle man kunna göra för att få dem att stanna som fasta läkare. Högre löner, större inflytande på sin vårdenhet, mer varierande uppgifter, fler möjligheter till fortbildning på arbetsplatsen, provisionsbaserad bonus och så vidare. Det finns mycket att locka med om man skjuter in extra resurser till detta. Pengar kommer att gå åt i vilket fall som helst, vare sig man satsar på sin ordinarie personal eller väljer att ta in en förhållandevis dyr hyrläkare. Självklart kan man då också göra det motsatta. Nämligen göra det mindre angenämt att arbeta som hyrläkare. Om man till exempel inför likalön för alla med viss kompetens, skulle det missgynna hyrläkarna. Eller om man på högre politisk nivå försvårar för bemanningsföretagen på något sätt, till exempel genom att göra det svårare att rekrytera nya läkare. Problemet om man endast skulle göra hyrläkare mer svårtillgängliga eller göra det mindre angenämt att jobba för bemanningsföretag, är att det fortfarande finns goda möjligheter att jobba i exempelvis Norge eller Danmark. Om fler skulle söka sig utomlands skulle Sverige istället förlora på åtgärden.

Ett mer radikalt förslag är också att helt enkelt ta bort vissa vårdenheter. Om det inte finns personal som vill jobba där fast, så kanske det i vissa fall i längden blir nödvändigt att flytta patienterna till större orter. Det vill säga en centralisering av vården i vissa delar av Sverige. Det skulle innebära längre sträckor för att ta sig till närmsta vårdenhet, och säkerligen längre väntetider. En sådan åtgärd skulle antagligen framförallt drabba mindre orter. Vården i Sverige skulle då verka diskriminerande mot människor som bor på "fel plats". Det skulle dock vara risk för ökade kostnader för hyrläkare på de större orterna.

Det finns följaktligen åtgärder som skulle kunna minska användandet av hyrläkare. De flesta av de åtgärder jag nämnt är kontroversiella, och skulle säkerligen vara svåra att genomföra i praktiken. Men som sagt, det finns en hel del alternativ. Det som framförallt ses ute hos landstingen hör till den första kategorin, att försöka begränsa antalet hyrläkare som tas in. De flesta av de andra åtgärderna kräver politiska beslut.

5.2 Teorin om fasta arbetskraftskostnader

Teorin om fasta arbetskraftskostnader finns bland annat beskriven i större detalj i *Labor Economics: A Comparative Text*.²⁹ I kort går denna teori ut på att visa att anställning av ny personal ska betraktas inte som ett rörligt beslut som följer produktionsvolymen, men ett investeringsbeslut med fasta kostnader involverade. Detta är mycket relevant i Sverige, eftersom vi har lagstiftning kring hur det ska gå till när man anställer och eventuellt avskedar personal. Vid anställning har man annonseringskostnader, kontraktskostnader med mera. Det är alltså inte bara lönekostnaderna man ska ta hänsyn till.

I den enklaste modellen räknar man på att marginalproduktiviteten av den sista enheten arbetskraft ska motsvara marginallönetimmen för densamma i full konkurrens. Det ska alltså gå jämt upp i den marginella produktionen, lönen ska motsvara personalens skapade värde i form av output. Men för att detta ska gälla då man också ska räkna med de fasta arbetskraftskostnaderna krävs det att man räknar på hur dessa kommer att slå ut över hela perioden den anställde arbetar för företaget. En nyanställning är alltså att betrakta som ett investeringsbeslut och inte bara som en rörlig kostnad. Om man bara planerar att anställa någon i en kortare period kanske det inte lönar sig att betala för annonsering, upplärning och kontraktskostnader. Ekvation (1) visar hur man kan se på beslutet i en ekonomi med endast tre perioder:

$$MRP_{L_0} + \frac{MRP_{L_1}}{(1+r)} + \frac{MRP_{L_2}}{(1+r)^2} \geq F_0 + W_0 + \frac{W_1}{(1+r)} + \frac{W_2}{(1+r)^2} + \frac{F_2}{(1+r)^2} \quad (1)$$

Där: MRP_{L_i} : Marginalvärdet av det arbetskraften producerar.

F_0 : Fasta kostnader i samband med nyanställning (ex. annonsering och upplärning)

W : Lönekostnad

F_2 : Fasta kostnader i samband med uppsägning

²⁹B1.a. i Elliott, R. (1991), s. 256-259.

Ekvation (1) visar att nuvärdet av de intäkter man förväntas göra vid en nyanställning, vänster sida av ekvationen, minst ska motsvara nuvärdet av samtliga rörliga och fasta kostnader som kan härröras till anställningen, det vill säga höger sida av ekvationen. Enkelt uttryckt; ett företag vill tjäna lika mycket eller mer än vad det kostar för att anställa en ny person. Förtjänsten är vad den anställde producerar, kostnaden är vad det kostar att anställa (annonsera, intervjua etcetera), lönekostnad, samt eventuella uppsägningskostnader.

Det är här bemanningsföretagen kan komma in i bilden. Med bemanningsföretag kan man undgå att betala vissa av annonserings- och uppsägningskostnaderna. För företag som har behov av flexibel arbetskraft kan detta vara en lösning. Om man till exempel bara planerar att ta in extra personal vid en tillfällig högkonjunktur, kan det vara ett bra alternativ att hyra in personal jämfört med att anställa någon fast. Man får då tillgång till bemanningsföretagets databas över vilka som är kvalificerade för/har möjlighet att jobba. Processen att hitta rätt person kan förkortas och man slipper själv fundera över vilka sökanaler som är de mest effektiva. Dessutom betalar man inget avgångsvederlag vid uppsägning, det är normalt sett bemanningsföretaget som tar det fulla personalansvaret. Beslutet att anställa kan därmed bli mer likt en rörlig utgift än ett investeringsbeslut. Med fasta kostnader måste förtjänsten överstiga både de fasta kostnaderna och de rörliga. Man måste tänka långt fram i tiden, bedöma hur länge den anställde kommer att stanna och så vidare. Utan fasta kostnader ska marginalvärdet av arbetaren i princip bara motsvara lönen i realtid, det blir då ett enklare beslut att ta. Man kan på ett smidigare sätt variera antalet arbetade timmar med produktionsvolymen. Det krävs inte lika stora försiktighetsåtgärder inför ett sådant beslut.

Detta kan belysas med ett exempel ur verkligheten. Hos Sveriges teknikföretag har bemanningsföretagen inkorporerats som en naturlig del av arbetsstyrkan. 2006 gjordes en omfattande rapport över teknikföretagens användning av inhyrd personal.³⁰ Där visar det sig att det framförallt är de största företagen som använder sig av inhyrd personal. Endast 10% av de större teknikföretagen angav att de inte använde sig av inhyrd personal alls. Det som anges vara det allra viktigaste skälet till att använda inhyrd personal är att det ger ökad flexibilitet i produktionen. Man kan alltså variera sin arbetsstyrka allteftersom efterfrågan skiftar. Den exakta formuleringen följer här:

³⁰Tenselius, R. et al (2006).

Möjlighet att anpassa antalet medarbetare utifrån variationer i efterfrågan. Den vanligaste orsaken till användning av bemanningsföretag är att företagen, genom inhyrning, anpassar antalet medarbetare efter upp- och nedgång i efterfrågan samtidigt som man behåller kärnkompetensen. Teknikföretag är hårt konkurrensutsatta och har liten möjlighet att hålla sig med tillsvidareanställd personal i en sådan omfattning att man klarar produktionstoppar utan att göra ytterligare anställningar. Kostnaden att ha en ytterligare person anställd är nämligen för hög. Istället används bemanningsföretag när personalbehovet är extra stort eller varierar kraftigt säsongsmässigt.³¹

Här framgår tydligt att företagen anser att de inte kan klara den konkurrenssituation som finns på marknaden utan att ha en flexibel arbetsstyrka. Det blir för dyrt om man ska betala fasta kostnader vid början och slutet av en anställning, och om man heller inte har möjlighet att avskeda en anställd med kort varsel. Bemanningföretagen löser båda dessa problem åt teknikföretagen och kan ta ut en avgift för den lösningen.

Ett annat argument till varför företag vill hyra in personal istället för att fastanställa handlar om att hitta rätt person till rätt tjänst. Det handlar om att använda en period av inhyrning för att testa en potentiell nyanställd utan att riskera att behöva betala alltför mycket om det skulle visa sig att det inte var rätt beslut. Som en slags provanställning. Det är också något som bemanningsföretagarens förespråkare använder som ett argument; de kan skapa möjligheter för anställda och företag att ”känna av varandra” utan att ta på sig alltför stora förpliktelser. Detta kan i sin tur leda till en smidigare och mer träffsäker anställningsprocess. Om man kan kringgå de fasta kostnaderna för en period, tvingas inte företagen investera i en anställd som kanske visar sig ha fel kompetens.

För vårdenheter kan man tänka sig att det ibland finns arbetstoppar, och att man tillfälligt kan sakna tillräckligt med fast personal på grund av sjukdom eller liknande. Man kan också tänka sig att kortsiktigt ekonomiskt tänkande kan leda till att man tar in hyrläkare istället för att börja jobba med rekrytering. Man behöver då inte ta ställning till ett långsiktigt perspektiv, utan har löst krisen som uppstått just då. I den givna situationen kan det verka som en billigare och smidigare lösning.

³¹Tenselius, R. et al (2006), s 14.

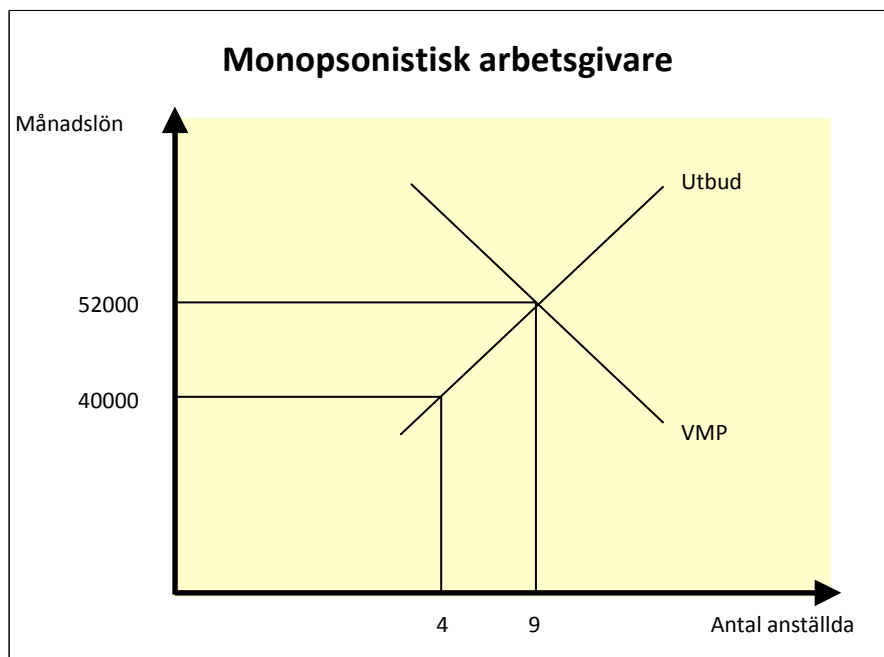
5.3 Teorin om den monopsonistiska arbetsgivaren

Sjukvården är inte som vilken sektor som helst, i det att arbetsgivaren har en speciell roll. Det kan inte sägas råda fri konkurrens på arbetsmarknaden för sjukvårdsanställda på samma sätt som man till exempel skulle förvänta sig i IT-branschen. Landstingen anställer och ansvarar för den absoluta huvuddelen av läkarkåren. De sätter även lönerna. De skulle kunna liknas vid en monopsonistisk arbetsgivare eftersom det i princip inte finns någon konkurrens. Det finns vissa skillnader i hur mycket de olika landstingen betalar och det finns begränsade möjligheter att arbeta inom den privata sektorn. Det finns också möjligheter till jobb i andra närliggande länder. Norge är till exempel känt för att betala höga löner. Men utan att flytta sig ut från sitt geografiska område, kan man alltså i princip inte få en ny arbetsgivare. Detta gör att landstingen har en speciell förhandlingsposition gentemot sina anställda. I grunden ska de anställda få lön efter erfarenhet, utbildning, specialitet etcetera och lönerna ska sättas på ett icke-diskriminerande sätt. Men kan det finnas anledning att tro att landstingen genom bemanningsföretagen funnit ett sätt att ha en diskriminerande lönesättning för att slippa betala högre löner till samtliga anställda? Kan lönesättningen vara nyckeln till varför hyrläkare får en så pass betydande roll i många delar av landet? Det finns anledning att tro att en inhyrd läkare kan tjäna mer än vad som hade varit möjligt i en fast anställning i många fall (se avsnitt tre). Är landstingen diskriminerande monopsonister i sina anställningsbeslut?

En diskriminerande monopsonist har en sådan ställning på arbetsmarknaden att den kan sätta löner efter varje enskild individs arbetsutbudskurva. Man betalar alltså varje individs reservationslön, eller det som personen ifråga ser som minimumgränsen för att arbeta.³² I en bristsituation kan man då betala högre löner till dem som kräver det, utan att för den skull behöva höja alla löner. Det kan se ut som i diagram 7, där man till exempel betalar lönen 40 000 SEK i månaden till arbetare 4, och 52 000 SEK i månaden till arbetare 9.

³²Bl.a. i Borjas (2005), s. 193

Diagram 7: Monopsonistisk arbetsgivare



VMP står i diagram 7 för värdet av marginalprodukten som den anställde bidrar med. Med tillgång menas utbud av arbete som de potentiella anställda vill ställa upp med. I den här modellen anställs lika många arbetare som på en marknad med perfekt konkurrens. Den stora skillnaden här är att varje arbetare får ut sin reservationslön. Man anställer alltså längs med utbudskurvan, och inte enbart vid jämviktspunkten. En hyrläkare som vet sitt värde hos landstingen kan då kräva en högre lön. Genom bemanningsföretagen kan landstingen ge vissa läkare högre löner utan att höja lönerna för samtliga. Fallet vi har att göra med här är lite speciellt, eftersom vi både har anställda som får speciallön och fast anställda som får lön som är satt på "normalt" vis. Principen är dock densamma. För att dessa läkare som arbetar hel- eller deltid som hyrläkare ska jobba mer kräver de en högre lön. Om teorin stämmer här, och hyrläkarnas tjänster behövs, och landstingen inte vill höja allas löner, kan detta vara ett sätt för dem att komma undan billigare än vad som annars hade varit möjligt.

5.4 Övriga anledningar

Dessa två teorier kan ses som en bakgrund och förklaring till varför landstingen kan se det som ett ekonomiskt försvarbart alternativ att ta in hyrläkare, trots anklagelser om att kostnaderna springer iväg. Modellen visar att på kort sikt kan det till och med vara lönsamt. Men de ger inte någon fullständig förklaring till varför landstingen anställer hyrläkare. Det finns en del fallspecifika orsaker som är viktiga för att förklara fenomenet. Här tar jag upp två som kan

ha betydelse för hur det ser ut i den svenska vården. Dels så är landstingen i vissa fall tvungna att ta in hyrläkare för att följa lagen, dels så kan det i vissa fall finnas incitament för läkarkåren att behålla systemet med hyrläkare.

Det råder brist på vissa specialister, vilket betyder att det finns en mycket hög efterfrågan på dem som faktiskt finns. Om man då inte utbildar fler läkare finns det inget annat sätt att lösa det än att vissa jobbar övertid och det blir då till ett högre pris. Detta är till exempel de läkare som jobbar under sin komledighet. Alternativet är längre sjukvårdsköer i vissa delar av landet och eventuellt att vissa inte får den vård de behöver. Det skulle strida mot svensk lagstiftning om att alla ska ha samma tillgång till vård. Prioritering ska ske utifrån sjukdomsstatus med mera, inte utifrån var i Sverige man bor eller hur många läkare som valt att specialisera sig på ens åkomma. På kort sikt måste man då ta in hyrläkare för att kunna ta emot de patienter man förväntas behandla. Man kan inte tvinga läkare att stanna som fast personal, utan blir då tvungen att hyra in dem till ett högre pris. Detta gäller framförallt på glesbygden och för bristyrken, som till exempel inom psykiatri.

En anledning som kan härledas direkt till läkarna själva är missnöje med arbetsplatsen. Det finns läkare som väljer att lämna en fast tjänst för att börja arbeta som hyrläkare. Distriktsläkarnas enkät, som nämns i del 3 av uppsatsen, tar upp anledningar till varför de inte trivs på sina ordinarie arbeten. För höga krav från läkarna eller för dåliga förhållanden på arbetsplatsen är också möjliga förklaringar till varför hyrläkare valt det arbete de har. De skulle, i många fall, kunna välja att arbeta fast på de platser där de hyrs in. Om många läkare själva föredrar detta system är det svårare att göra något åt det.

6. Slutsatser och diskussion

De huvudsakliga ansatserna i denna uppsats har varit att titta på hur stort fenomenet hyrläkare är i den svenska sjukvården, samt att titta på varför landstingen använder sig av dem. Det har genom skrivprocessen visat sig mycket svårt att få tag i några överensstämmande uppgifter om hur mycket landstingen använder sig av hyrläkare. Motstridiga uppgifter har funnits i flera fall. Media rapporterar en sak och branschorganisationen Bemanningsföretagen en annan. Det som varit möjligt att göra har varit att se på omfånget i vissa landsting. Jag har också tittat på hur mycket Bemanningsföretagen fakturerat för sjukvård och jämfört det mot vårdens totala omsättning. Detta kan ge en känsla för hur stor marknaden är för dessa tjänster. Generellt kan sägas att skillnaderna är mycket stora i landet. Det är framförallt på glesbygden samt där det finns ett stort behov för specialister som man har ett stort behov av hyrläkare. Även

storstadsregioner kan alltså ha brist på vissa specialister och behöva hyra för att hålla sin standard. Klart är också att kostnaderna för inhyrd personal i vården ökat kraftigt i många delar av landet de senaste åren, och även då de flesta branscher upplevt en lågkonjunktur, har hyrläkarna blivit fler.

Varför ser det då ut så här? De två ekonomiska teorier jag tittat på här kan ge en del av förklaringen. Att ta ställning till en långsiktig investering kan vara svårt, och en hyrläkare är då ett kortsiktigt bra alternativ. Kostnader för annonsering, intervjuer med mera, kan minskas med hjälp av bemanningsföretagen. Utan någon större ansträngning kan landstingen då få in kvalificerade läkare med kort varsel. Orsakerna kan vara kortsiktigt ekonomiskt tänkande eller bara bekvämlighet. Mest troligt är dock att det är svårigheterna att rekrytera till de löner och villkor man erbjuder som är den stora anledningen till att man tar in hyrläkare, samt att det råder brist på vissa specialister. Teorin om den monopsonistiska arbetsgivaren föreslår i det här fallet att landstingen tar in hyrläkare för att slippa betala ut högre löner till samtliga läkare. Då skulle hyrläkarsystemet vara ett sätt att hålla läkarlönerna nere men ändå få ihop de arbetade timmar som behövs. Det framgår dock att det är brist på läkare som är det huvudsakliga problemet. Ovilja eller oförmågenhet att förändra systemet gör att man inte ser något slut på användandet av hyrläkare inom en överskådlig framtid. Förändring kommer att ta tid, och det kommer att krävas mer än restriktioner från landstingens håll för att stoppa utvecklingen. Som det ser ut nu är hyrläkarna nödvändiga för att kunna hålla vissa vårdenheter öppna.

För att kunna göra en mer djupgående analys av hyrläkarna i Sverige är mer detaljerad och samordnad information nödvändig. Redovisning av hur mycket man betalat för inhyrda läkare, samt ett system för vilka kostnader som ska ingå i dessa rapporter, vore till stor hjälp. Om man till exempel redovisar utgifter till hyrläkare *inklusive* administrativa utgifter eller avgift till bemanningsföretag, borde detta uppges. Med den information som finns idag är det svårt att säga något med säkerhet. Om det är de faktiska lönerna som läkarna plockar ut som är höga, eller om det är bemanningsföretagens arvode eller annat, går inte att ta reda på när redovisningen är knapphändig eller icke-existerande. Det kan också tänkas att det är svårt för landstingen själva, eller SKL, att veta om de ska vidta åtgärder mot eller för hyrläkarsystemet, när de själva inte har välorganiserad data över dagsläget och den historiska utvecklingen.

Jag har velat få en överblick över hur detta ser ut i Sverige, men om man ska göra en mer detaljerad analys än den jag har gjort, tror jag att man bör avgränsa sig mer än så. En intervjustudie med personal och ansvariga i ett enskilt landsting, eller med ett antal hyrläkare,

hade varit ett annat sätt att närma sig frågan. Det hade också varit intressant att gå in och titta, om man hade kunnat få tillgång till det, på det enskilda landstingets dokumentation i detalj. Någonstans måste ju uppgifterna om hyrläkarna finnas, även om den inte är offentliggjord eller organiserad för att fylla just detta syfte. Från Jämtlands läns landsting kunde jag tidigare visa hyrläkarnas kostnad per arbetad timme. Detta borde sannolikt finnas för alla landsting, men jag har endast fått tillgång till den informationen från ett (!) håll. Men eftersom landstingen skiljer sig så kraftigt från varandra i den här frågan, hade det inte varit till någon nytta att försöka extrapolera ett sådant resultat till övriga landet.

Ett intresse som väcktes hos mig under tiden denna uppsats skrevs är att undersöka attityder hos läkare idag kring att arbeta som hyrläkare. Distriktsläkarna gjorde, som nämnts tidigare, en enkät år 2001 där de undersökte hur ett antal distriktsläkare såg på att arbeta som hyrläkare. Många visade sig vara optimistiska till detta. Jag undrar hur det ser ut idag hos unga läkare, och även läkarstuderande. Om intresset för att arbeta som hyrläkare fortsätter att växa, kommer trenden med ökad uthyrning inom vårdsektorn säkerligen vara svårstoppad. Detta skulle i sin tur sända en tydlig signal till landstingen om hur deras framtida arbetskraft kommer att agera och prioritera. Om denna studie skulle utvecklas vidare skulle det definitivt vara en intressant ingång.

7. Källförteckning

Böcker och rapporter:

Bemanningsföretagen Almega (2010-04-01), *Historisk tillbakablick*,

<http://www.bemanningsforetagen.se/web/Historia.aspx>

Borjas, G. (2005), *Labor economics*, 3rd edition, McGraw-Hill, London.

Elliott, R. (1991), *Labor Economics: A Comparative Text*, McGraw-Hill, London.

Socialstyrelsen (2009), *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*, finns t.ex. att ladda ned eller beställa på <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>.

Sveriges kommuner och landsting (2003) *Rapport om inhyrda läkare*, beställning av rapporten kan göras på SKL:s hemsida www.lf.se.

Tenselius, R et.al. (2006), *Teknikföretag och bemanning – varför är så många av medarbetarna inhyrda?*, Teknikföretagen

Statistik:

Bemanningsföretagen Almeas årsrapporter, från år 2000 till år 2009, dessa finns bland annat att beställa eller ladda ned på

http://www.bemanningsforetagen.se/web/Rapporter_11.aspx.

Ohlin, E. (2003), *Läkare i Norrland tjänar bäst*, Läkartidningen, vol. 100, nr 12.

Statistiska Centralbyrån (2010-04-15), *Anställningsform*, finns att hämta i SCB:s statistikdatabas, den exakta sidan var <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>

Statistiska Centralbyrån (2010-04-29), *Lönestatistik*, finns att hämta i SCB:s statistikdatabas, den exakta adressen var

<http://www.scb.se/Pages/SalariesSearch.aspx?id=259066>.

Bilaga 2 innehåller länkar till och information från en rad landstings årsredovisningar med mera.

Media, artiklar m.m.

Bäckström, H. (2009-10-05), Förbundsdirektör Bemanningsföretagen inom Almega, *Vad har landstingen gjort med 1,3 miljarder kronor?*, Bemanningsföretagen Almega, http://www.bemanningsforetagen.se/web/a5f47b37-24a7-467b-980b-b21889fd2524_1.aspx.

Eriksson, J. (2009-08-27), *Hyrläkare – utskällda räddare i nöden*, finns bl.a. att läsa på www.second-opinion.se.

Holender, R. (2009-02-26), *Hyrkostnad för läkare ökade en miljard*, Dagens Nyheter, <http://www.dn.se/nyheter/sverige/hyrkostnad-for-lakare-okade-en-miljard-1.809218>,

tillhörande grafik återfinns på www.dn.se/polopoly_fs/1.809201.1235681!hyrlakaregrafik.swf och är skapad av Lindqvist, A.

Kalin, K. (2010-03-01), *Oattraktiva läkartjänster dyra för Skåne*, Sydsvenskan, del A s.10.

Ståhlberg, B. et. al. (2001), *Stafettläkare*, Distriktsläkaren, nr 3.

Sveriges Televisions Uppdrag Granskning (2009), *Den sjuka vården*, visades i SVT 2009-08-26, finns att tillgå i SVT:s arkiv samt på

http://svtplay.se/v/1667422/uppdrag_granskning/reportage_den_sjuka_varden.

E-postkorrespondens

Jag hänvisar ett antal gånger till e-postkorrespondens i uppsatsen. De viktigaste konversationerna finns samlade i bilaga 1.

7.1 Bilaga 1: E-postkorrespondens

Bemanningsföretagen Almega

E-mail från Christina Ekdahl, daterat 6/4-10.

Hej Linda,

Nu förstår jag din fråga. Artiklarna grundar sig på hur mkt våra medlemsföretag har fakturerat för hyrläkare under 2008. Var mellanskillnaden mellan 1.8 och 700 miljoner består i hur vi fortfarande inte fått svar på. Vi vet inte hur landstingen utformar sin budget och vad som ligger i den redovisade kostnaden, det vi tror är att det ligger alla möjliga externa kostnader, såsom entreprenader och andra konsultkostnader, tjänster från leverantörer som ej är medlemmar hos oss etc.. Det är viktigt att komma ihåg att landstingen ju inte bara använder sig av våra medlemmars tjänster, därför kan en del av kostnaderna ligga i utnyttjandet av icke medlemmar. Detta vet vi ju inget om.

Tänk dig en bristsituation där du väljer mellan att låta en landstingsanställd arbeta övertid, eller ta in en hyrläkare.

Det är inte dyrare att anlita en bemanningsanställd läkare. När man talar om kostnader för en hyrläkare pratar man ofta om "kostnad per timme inkl personalkostnader". I jämförelser glömmar man ofta bort det och jämför enbart lönen mot varandra. Då ser det ut som att en hyrläkare tjänar mer, men så är det alltså inte i praktiken. Den totala kostnaden är jämbördig i en sådan situation. Man måste alltså titta på vad som ligger i kostnaden. 1, vi vet inte vad som ligger under posten "1.8 miljarder", men vi vet att våra medlemmar inte fakturerar så mkt. 2. Se hur man jämför.

Det kommer snart en rapport kring behovet av hyrläkare och med en del sätt att tänka kring kostnader. Den är dock inte färdig ännu.

Mer information än så har vi tyvärr inte, som går att lämna ut i dagsläget.

Mvh

Christina Ekdahl

christina.ekdahl@almega.se

Jämtlands läns landsting

E-mail från Sandra Nietlisbach, daterat 30/3-2010.

Hej!

Jag bifogar en excelfil på hur många personer som var anställda inom Jll mellan åren 1998- 2009. Nedan ser du statistik på bemanningsföretagen mellan 2005- 2008. Det kan variera lite på vad som är inräknat för varje år men det är inga större skillnader.

Bemanningsföretag

Nedan visas i vilken utsträckning landstinget har nyttjat inhyrd personal via bemanningsföretag.

Kategori	Antal tid (timmar)	Kostnader (tkr)	Vakansutrymme
Läkare	2006 54 024 2005 41259	2005 36 487 2006 42 520,7	2005 31186,3
varav primärvård	2008 19603 2007 18 623 2006 28 238 2005 33 319 2004 35 003	2008 22 319,6 2007 15 959,5 2006 21 672,4 2005 24 946 2004 31 500	-
Varav specialiserad vård	2008 19 778 2007 14 467 2006 25 786 2005 7 940 2004 7 494	2008 15 823 2007 15 856,3 2006 20 848,3 2005 11 541 2004 8 621	-
Annan kategori (audionom, sjuksköterska, läkarsekreterare)	2008 1 904 2007 694 2006 3 655 2005 364	2008 748,3 2007 855,0 2006 2 766,1 2005 78,8	-

[...]

Sandra Nietlisbach
 Handläggare
 Ledningsstab personal
sandra.nietlisbach@jll.se
 Jämtlands läns landsting

Kronobergs län

Ett utdrag ur en bilaga Carl Krekola sändt via e-mail, daterat 25/3-10.

Utdrag ur:

Bilaga 4: Personalöversikt

Årsbokslut verksamhetsåret 2009, s. 2.

Kostnaden av inhyrd personal ökade både bland sjuksköterskor och läkare från ca 35 Mkr till ca 37 Mkr.

Behovet av inhyrda läkare ökade framför allt inom Rättspsykiatri medan behovet minskade inom psykiatri och Närsjukvården.

Behovet av hyrläkare är fortfarande avsevärt och förväntas så förbli även under 2010, trots en gemensam strävan att minska inhyrningen. Inom bl.a. primärvård och psykiatri får tidigare utlandsrekryteringar nu genomslag och förväntas förbättra såväl tillgänglighet och ökad produktion.

Kostnaden för specialistsjuksköterska minskade från ca 7 Mkr till 5,5 Mkr. Minskningen sker framför allt inom Länsjukvården.

Efterfrågan och kostnaden bör minska ytterligare under verksamhetsåret 2010 beroende på en ökad intern satsning på specialistutbildning av sjuksköterskor.

Utöver läkare och sjuksköterskor fanns behov av inhyrning av psykologer till en kostnad på 1,2 Mkr.

Tabell 2

Inhyrd personal 2004-2009 Landstinget Kronoberg							
Läkare	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Länssjukvården	2,9	2,5	3,2	5,4	3,7	5,4	
Psykiatri	2,8	3,8	8,1	10,7	11,4	9,9	
Rättspsykiatri					0,6	3,6	
Närsjukvården	1,1	9,2	11,1	9,6	12,3	11,0	
Läkare totalt	6,8	15,5	22,4	25,7	28,0	30,0	
Sjuksköterska							
Länssjukvården	1,2	0,9	1,1	3,1	4,2	1,9	
Psykiatri	6,9	3,5	2,3	2,8	2,6	3,5	
Rättspsykiatri					0,1	0,1	
Närsjukvården				0,2	0,1		
Sjuksköterska totalt	8,1	4,4	3,4	6,2	7,0	5,5	
Psykolog							
Rättspsykiatri							1,2
Totalt	14,9	19,9	25,8	31,9	35,0	36,7	

Carl Krekola

carl.krekola@ltkronoberg.se

Region Skåne

E-mail från Bo Friberg, daterat 9/5-2010. Bilaga följer efter mailet.

Hej!

Här kommer fördelning på anställningsform från 1999 och kostnader för bemanningsföretag från 2002 för Region Skåne.

Hälsningar

Bo Friberg, Koncernkontoret

Centrum för verksamhetsplanering och analys

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Kostnader för användning av bemanningsföretag Region Skåne								
2									
3	Avser perioden januari - december resp år	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
4		tkr	tkr	tkr	tkr	tkr	tkr	tkr	tkr
5	För läkare	38,659	47,243	21,122	8,629	11,332	22,794	41,012	52,455
6	För sjuksköterskor	58,570	45,235	13,469	3,307	5,675	1,792	8,755	17,252
7	För övriga personalkategorier	6,083	3,903	4,634	16,551	22,684	3,236	3,739	7,318
8	Total kostnad	103,312	96,381	39,225	28,487	39,691	27,822	53,505	77,025
9									

Landstinget i Uppsala län

E-mail från Gunilla Rinne, daterat 29/3-10.

Hej

Eftersom vi köper en tjänst av ett företag för vi inga register över antal personer via bemanningsföretag.

Vid landstinget i Uppsala är vi restriktiva med inhyrd personal förutom av läkare vid psykiatri och röntgen där det råder en nationell brist,

vi dessa enhet har vi hyrläkare

mvh

Gunilla

Gunilla Rinne

Bitr förhandlingschef

Landstinget i Uppsala län

Landstinget Västernorrland

E-mail från Elisabet Hammarström, daterat 15/4-10. Bilaga följer efter mailet.

Hej!

Har sammanställt uppgifter som gällde vid föregående årsskifte. Sammanställningen är gjord utifrån den verksamhetsindelning som gäller för landsting och regioner, VI2000.

Har även angivit bruttokostnaden för tjänsteköpen.

Hoppas att det kan vara till nytta för dig.

Vänligen

Elisabet Hammarstrom

Landstinget Västernorrland

Ledningsstab Personal

tel 0611-801 86 eller 070-245 58 22

Landstinget Västernorrland Verksamhetsområde	Antal anställningar 2009-12-31			Totalt
	tillsvidare	tidsbegr	timanst	
Primärvård	701	73	2	776
Medicinsk service primärvård	2	0	0	2
Allmänservice primärvård	166	105	192	463
Somatisk mottagningsverksamhet	451	25	0	476
Somatisk dagsjukvård	145	5	1	151
Somatisk sluten vård	1 178	136	0	1 314
Medicinsk service somatisk vård	394	35	0	429
Allmänservice somatisk vård	263	10	0	273
Psykiatrisk mottagningsverksamhet	183	18	0	201
Psykiatrisk sluten vård	407	28	0	435
Medicinsk service psykiatrisk vård	2	4	0	6
Allmänservice psykiatrisk vård	69	4	0	73
Tandvård	379	12	5	396
Ambulans	168	3	17	188
Sjukresor	2	0	0	2
Hjälpmedel	137	10	36	183
Folkhälsa	13	1	0	14
Övrig sjukvård	10	9	0	19
Folkhögskoleverksamhet	76	12	0	88
Gymnasieskoleverksamhet	72	7	10	89
Övrig kulturverksamhet	31	4	0	35
Trafik	3	2	0	5
Övrig allmänregional utveckling	14	3	10	27
Politisk verksamhet	0	11	0	11
Medicinsk service	617	32	2	651
Allmänservice	931	27	325	1 283
Fastighetsförvaltning	85	2	0	87
	6 499	578	600	7 677
Bruttokostnader för tjänsteköp från bemanningsföretag 2009				
	miljoner kronor			
* läkare	102,5			
* sjuksköterskor	0,2			

Västra Götalandsregionen

E-mail från Anders Öhman, daterat 1/4-10.

Hej!

Översänder en redovisning av kostnaderna för inhyrd personal från bemanningsföretag inom hälso- och sjukvård för åren 2000-2009.

Västra Götalandsregionen

Kostnader för bemanningsföretag inom hälso- och sjukvård, mlkr

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
144,9	256,3	290,3	370,0	322,0	159,9	196,2	240,7	361,1	520,9	535,0

Hälsningar

Anders Öhman

Regionkansliet

Personalstrategiska avdelningen

Västra Götalandsregionen

462 80 VÄNERSBORG

Besöksadress: Regionens Hus, Östergatan 1

7.2 Bilaga 2: Källdata diagram 4 och 5

Landsting	Kostnad för hyrläkare 2009 (mkr)	Kostnad för hyrläkare i % av totala lönekostnader	Både sjukskötter skor och läkare (mkr)	All inhyrd persona l (mkr)	Kostnad för all inhyrd personal i % av totala lönekostnad er	Lönekost. i hälso- og sjukvård (mkr) (4)	Källa	Tillgänglig på webadress
Västra Götaland				535	4,31	12.408	Mail i bilaga 1 och Årsredo visning 2009	http://weblisher.textalk.se/vregion/2009/?page=1&mode=50&noConflict=1
Skåne	52	0,61				8.538	Mail i bilaga 1	
Västernorrland	103	5,87				1.747	Mail i bilaga 1	
Kronobergs län			37	39	3,33	1.173	Mail i bilaga 1 och Årsredo visning 2009	http://www.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Om_landstinget/Styrdokument/Arsredovisning_2009.pdf
Jämtlands län (1)	38	4,25		39	4,36	894	Mail i bilaga 1 och Årsredo visning 2009	http://webesam.jll.se/diariet/files/aa4835c1-18bc-4cec-a801-f8a5a4750cc3.pdf
Stockholm				197	2,41	8.160	Årsredo visning 2009	http://www.sll.se/upload/Budget/Årsredovisning_2009_till.pdf
Blekinge	65	6,05		66,2	6,15	1.076	Årsredo visning 2009	http://www.ltblakinge.se/download/18.2094adf512699d5d9d0800012166/%C3%85rsredovisning%2520_2009.pdf
Dalarna				105	5,29	1.986	Årsredo visning 2009	http://www.ltdalarna.se/upload/fakta_om_landstinget/ekonomi/arsredovisning/%C3%85rsred2009_100504_MINDRE.pdf
Gävleborg				159	9,19	1.730	Årsredo visning 2009	http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/Landstinget_A-O/koncernledning/ekonomi/%C3%85rsredovisningar/%C3%85rsredovisning_2009_Landstinget_G%C3%A4vleborg.pdf
Halland	64	4,07		68,4	4,37	1.566	Revisio nsrapport 2010- 03-31	http://www.lthalland.se/politiskahandlingar/2010/4183f4be85f8466eab4b812bd1151cb5/RAPPORT%20Inhyrd%20personal%20upp%20och%20%C3%B6rdjupni.pdf
Jönköping	45	2,04				2.207	Årsredo visning 2009	http://www.lj.se/info_files/infosida25478/arsredovisning_2009.pdf
Kalmar(2)						1.482		
Norrbotten	120	6,26		123	6,42	1.917	Årsredo visning 2009	http://www.nll.se/upload/IB/lg/ek/Rapporter/%C3%85rsredovisningar/%C3%85rsredovisning%202009.pdf
Sörmland	83,3	5,75		100	6,90	1.449	Årsredo visning 2009	http://www.landstinget.sormland.se/Sidans_katalog/17554/Årsredovisning%202009.pdf

Uppsala(3)	56	1,82				3.079	Årsredo visning 2009	http://www.lul.se/upload/805/%C3%85rsredovisning_UL_2009.pdf
Värmland				65	3,68	1.767	Årsredo visning 2009	http://www.liv.se/sidkat/4641/arsredovisning2009.pdf
Västerbotten	53	2,31				2.291	Årsredo visning 2009	http://www.vll.se/Sve/Central/Standardsidor/OmLandstinget/Nedladdningsboxar/Filer/Arsredov%202009.pdf
Västmanland				43,4	2,36	1.839	Årsredo visning 2009	http://www.ltvastmanland.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Kanslier/Lt%20kansli/2010/arsredov_2009.pdf
Örebro	38	1,78				2.137	Revisionsrapport - Mars 2010	http://www.orebroll.se/Files-sv/Örebro%20läns%20landsting/Om%20landstinget/Ekonomi/Revisionsrapporter/2010/Granskning%20av%20vissa%20kostnadsslag,%20inhyrd%20läkare%20via%20bemanningsföretag.%20Mars%202010.pdf
Östergötland				42	1,39	3.017	Årsredo visning 2009	http://www.lio.se/upload/Dokroot/Politiker/Halsoochsjukvardsnamnden/Foredragn/2010/Bilagor/20100325Arende31HNSN.pdf

(1) Uppgifter från 2008

(2) Ingen data tillgänglig

(3) Data från Enköpings lasarett saknas

(4) Källa: SKL (2010), tabell E 25, webadress:

http://skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=35816354-205b-41e4-9599-1bdd97dbdf1e&MediaArchive_ForceDownload=true