

Förbundspolitiska målen formulerade

Mer till vården senast 2004

Minst 9 procent av BNP ska användas till hälso- och sjukvård senast 2004. Det är ett av de konkreta målen i Läkarförbundets Visions- och måldokument.

Nu har centralstyrelsen fastlagt de förbundspolitiska mål och delmål som ska presenteras på fullmäktigemötet i maj.

II Visionerna diskuterades vid lokal- och specialitetsföreningarnas gemensamma representantskapsmöte i förra veckan. Visionen »Läkarförbundet arbetar för att läkares inflytande inom hälso- och sjukvården ökar« hade en egen programpunkt på dagordningen, och den tog också mest utrymme i debatten även om åsikterna var ganska samstämmiga.

Vid förra årets fullmäktige fanns kritik mot att CS var otydlig i frågan om läkares ledarskap, men diskussionen som fördes förra veckan ledde inte till några ändringar i CS nuvarande förslag som går ut på att chef- och ledarskapet i hälso- och sjukvården ska innehas av läkare.

Små ändringar i 16 visioner

Dokumentet innehåller sexton visioner med mål och delmål angående t ex utbildning, arbetsmarknadsfrågor, forskning, hälso- och sjukvårdens tillgänglighet samt läkares inflytande i vården.

Smärre ändringar gjordes utifrån synpunkter som framfördes på representantskapsmötet. T ex ströks en formulering under rubriken »Läkarförbundet arbetar för att skapa en väl fungerande marknad där tillgång och efterfrågan på läkare är i balans«, om att Läkarförbundet ska arbeta för ökad andel privatanställda läkare. En ledamot ansåg att det inte går ihop med den vision vars mål är att hälso- och sjukvårdresurserna ska organiseras effektivt och med patienternas bästa för ögonen.

Under rubriken »Läkarförbundet arbetar för tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård på lika villkor för landets alla invånare« försågs målet att Läkarförbundet arbetar för att minst 9 procent av BNP ska användas till hälso- och sjukvård med en tidsplan: »senast 2004«. Detta tillägg gjordes efter påpekandet som 2000 års fullmäktige fastslog att målet skulle uppfyllas inom tre år.

Det framfördes också från flera håll funderingar på vem dokumentet egentligen riktar sig och vad visionerna ska användas till. Några ledamöter ansåg att visionerna för att få genomslag i media och debatt så här under ett valår skulle reduceras till: Arbetsmiljö, Lön och Resurser till vården. Bernhard Grewin replikerade med en uppmaning om att skicka in förslaget till förbundets informationsavdelning.

Inför Centralstyrelsens behandling av Visions- och måldokumentet uppmanades även enskilda medlemmar att inkomma med synpunkter via Internet.

Ingången var rubriken »Chans till ökat medlemsinflytande« på Läkarförbundets hemsida. Via en länk kunde man gå in och se det föreslagna dokumentet i sin helhet och därefter skicka eventuella synpunkter per e-post till förbundet.

Endast en (1) medlem utnyttjade denna möjlighet att lämna synpunkter. Emellertid hade 56 medlemmar öppnat visionsdokumentet som låg tillgängligt i två veckor. Läkarförbundet planerar att fortsätta uppmana till individuell delaktighet via nätet. Men medlemmarna bör nog informeras om detta tydligare.

– Vi måste skrika högre och använda färre och enklare ord, sade Bernhard Grewin.

Sara Hedbäck

sara.hedback@lakartidningen.se

Löneskillnader på dagordningen

II Under representantskapsmötet fördes en diskussion om löneskillnader mellan specialiteter. Tanken var att resonemangen skulle vara ett stöd för dem som förhandlar lokalt.

Av dem som yttrade sig i frågan föreföll de flesta inställda på att det måste finnas skillnader mellan specialiteterna. Däremot fanns åsikter om att det kanske var »fel« specialiteter som tjänade mest. Se även enkäten här intill.

2000 års lönestatistik visar bland annat att medianlönen för specialister i re-

habiliteringsmedicin låg på 34 900 kronor i månaden medan den för specialister i klinisk cytologi låg på 45 040. Bland överläkarna är skillnaderna också stora, men där ligger toraxkirurgerna i topp med en medianlön på 51 330 medan överläkarna i röst- och talrubbingar kommer upp i endast 40 400 kronor i månaden.

Om man bara ser till de tjugo största specialiteterna är skillnaderna inte lika stora utan de flesta ligger runt 44 000 kronor i månaden. (LT)

Är det rimligt med löneskillnader mellan specialiteterna?



Margareta Östmark, rehab, Västmanlands läkarförening.
– Nej, inte som princip. Kriterierna för lönesättning ska vara lika oavsett specialitet. Men nuvarande kriterier, som produktivitet och effektivitet, är inte bra. Man kan inte mäta en barnpsykiaters arbete med samma mått som en kirurgs.



Eva Nilsson-Bågenholm, internmedicin, CS.
– Ja, eftersom vi vill ha en större lönespridning. Men det ska inte vara skillnader mellan kvinnor och män inom specialiteterna. De specialiteter som har högst lön ska inte vara de mansdominerade, andra kriterier ska styra.



Björn Fagerberg, Svensk internmedicinsk förening.
– Ja, eftersom arbetsvillkoren är olika. Men dagens skillnader mellan specialiteterna är inte logiska. En väldigt tung jourbelastning borde ge högre lön. Det är inte marknadskrafterna som styr lönebildningen, tycker jag. Skillnaden mellan könen måste bort.



Sonny Jonsberg, Svensk onkologisk förening.
– Nej, inte principiellt. Av lönetaktiska skäl är det dock bra att vissa specialiteter skjuter iväg, för det drar med sig andra. Skillnaderna mellan kvinnor och män måste utjämnas. Den beror nog delvis på att det är männen som är chefer.



Pia Teleman, Svensk förening för obstetrik och gynekologi:
– Nej, inte mellan specialiteter men mellan individer. Skillnader i lön ska utgå från noggrant utvalda kriterier. Det skulle kunna gynna vissa specialiteter, till exempel där det är brist på läkare.



Jonas Wallvik, hematolog, Medelpads läkarförening.
– Ja, vi behöver lönespridning. Jourtaga specialiteter ska ha lite högre löner. Det ska inte vara osakliga skillnader mellan könen. Hos oss har kvinnliga allmänläkare högre löner än männen. (Foto samtliga bilder Lars-Olof Nihlén)