

Så vill vi ha det nya ersättningsystemet för privatläkarna

■ Det är glädjande att Eva Nilsson Bågenholm vill arbeta för mångfald (LT 17/2009, sidan 1196). Också i framtidens sjukvård behövs det små mottagningar som kan erbjuda den kontinuitet och det personliga ansvarstagande som många patienter efterfrågar. För att det ska bli möjligt behövs ett sjukvårdssystem som ger säkerhet för den enskilde läkaren samtidigt som det också ger utrymme för flexibilitet. Något som många huvudmän behöver för att kunna planera sjukvården.

För att uppnå den säkerhet som läkarna efterfrågar när de ska etablera sig som privatläkare behövs ett nationellt ersättningsystem, som fastställs efter förhandlingar mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Läkarförbundet. Regeringens fastställande behövs inte längre eftersom parterna har visat sig kunna hantera situationen på ett tillfredsställande sätt. Skulle man inte komma överens behöver det dock finnas ett system som ger en lösning, kanske en skiljedomare.

Den flexibilitet som huvudmännen efterfrågar borde kunna uppnås genom tilläggsavtal som tillgodoser vårdbehovet inom respektive landsting. Tilläggsavtalen kan möjliggöra att en läkare har en privatpraktik samtidigt som han eller hon tjänstgör på ett sjukhus. En läkare kan ha sin mottagning i Lycksele två dagar i veckan och sedan tjänstgöra på universitetssjukhuset i Umeå den övriga tiden. Kanske behövs det en särskild grundersättning för att etablera sig i glesbygd.

På liknande sätt kan utbildningsåtagandet regleras. Det gäller både medicine kandidatens utbildning och lä-

karnas specialistutbildning. Andra områden som kan regleras i tilläggsavtal är en mottagnings inriktning, dess läkemedelsbudget och kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Under en övergångstid av tio år ska antalet etableringar inte understiga den nivå som i genomsnitt funnits under perioden 1994–2004. Det är viktigt att detta får genomslag lokalt på ett sådant sätt att utrymme för den privata vården inte minskar lokalt. I Stockholm finns det en överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms läkarförening att den framtida privata läkarvården ska ha minst den omfattning den hade 2002.

Samtidigt är det viktigt att regelsystemet utformas så att privatläkarvården generellt kan öka, särskilt i privatläkar-glesa områden av Sverige. För de läkare som är verksamma i dag behövs garantier att de under denna övergångsperiod kan verka utifrån de regler för ersättningsetablering som riksdagen fastställde våren 2009.

Dimensioneringen av den öppna specialistvården behöver fastställas på nationell nivå så att vården blir jämlik i hela Sverige. Läkarna har bäst kunskap om de vårdbehov som patienterna ger uttryck för. Därför vore det fel att inte tillvarata denna kunskap i en överläggning mellan Läkarförbundet, SKL och Socialstyrelsen. I dessa överläggningar fastställs miniminivåer för den specialiserade vården i Sverige. För att säkerställa att dessa miniminivåer också realiserar be-

»Samtidigt är det viktigt att regelsystemet utformas så att privatläkarvården generellt kan öka, särskilt i privatläkar-glesa områden av Sverige.«

hövs ett regeringsbeslut. Därefter kan landstingen och de lokala läkarföreningarna diskutera hur den lokala anpassningen ska se ut.

För att säkerställa patientens inflytande över den egna vården är det viktigt att patienten själv väljer sin

läkare. Det betyder att det inte finns något remisstvång. Därför är vi skeptiska till den skånska världsmodellen, »Hälsoval Skåne«. Vi tror inte på visionen med specialister som kontrakterade underleverantörer till vårdenheterna. Det förefaller klokare att avvakta resultatet av lagen om ersättningsetablering och ett vidareutvecklat nationellt ersättningsystem.

Ovanstående tankegångar borde vara möjliga att utveckla inom ramen för den nuvarande lagstiftningen om ersättningsetablering. Två problem behöver lösas för att tillgodose EUs regler om tjänstekoncession.

Den första frågan gäller nyetablering. Förutom specialistkompetens kan man tänka sig att landstinget definierar andra krav, såsom geografisk lokalisering och kunskaper i kvalitetsfrågor, ekonomi och administration. Fortfarande kvarstår problemet att välja mellan sökande som uppfyller de fastställda villkoren. Några metoder kan vara en öppen auktion, lottdragning eller ett system med köer. Denna fråga behöver utredas vidare. Finns det möjlighet till ett system där tonvikten läggs på en värdering av kvalitetsfaktorer? Om man kan välja efter faktorer som kvalitet etc är det i prin-

cip samma urvalsmetod som används vid tillsättning av kvalificerade medarbetare som t ex chefläkare på ett sjukhus. Det måste kunna gå att välja också bland intresserade som vill bli praktiker. Man kan kanske tänka sig någon form av överklagandemöjlighet om/när någon blir missnöjd.

Den andra frågan gäller tidsbegränsningen av ett avtal som också säkerställer möjligheten till långsiktighet i läkarens åtagande gentemot sina patienter. Här kan man tänka sig långa avtalstider som 15 år med fem års förlängning. Ett annat alternativ kan vara en uppsägningsklausul utifrån undermålig kvalitet eller kraftigt förändrade vårdbehov. En förutsättning för att en sådan ordning inte ska leda till godtycke från landstingens sida är att regeringen fastställt nationella miniminivåer.

Ovanstående system borde tillgodose landstingens planeringsansvar, särskilt med tanke på att de också har möjlighet att använda sig av lagen om valfrihetssystem eller lagen om offentlig upphandling. Men för att säkerställa den småskaliga vårdens överlevnad behövs ett system där etableringen är knuten till läkaren som fysisk person på det sättet som den är i den nuvarande lagen om ersättningsetablering.

Åke Reimer
ordförande, Skånes
privatläkarförening

Lars Envall
ordförande, Göteborgs
privatläkarförening

Christer Sjödin
ordförande, Stor-Stockholms
privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com