

Vårdval för riskkapitalbolag eller långsiktiga vårdgivare?

I Stockholms läns landsting (SLL) pågår arbetet med att utveckla vårdval för specialiteterna ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar (ÖNH), gynekologi, hudsjukdomar, allergologi och reumatologi. Målet är att ge möjlighet till fler privata vårdgivare genom etablering enligt lagen om valfrihetsystem (LOV). Lagen har tillkommit för att ge etableringsmöjlighet utan offentlig upphandling. SLL:s administration har vid samtliga möten presenterat material som entydigt är anpassat för stora vårdgivare. De små vårdgivarna bestående av läkarmottagningar med en eller två läkare har ingen möjlighet att uppfylla SLL:s krav för deltagande i vårdvalet.

Det ena kravet som för närvarande direkt omöjliggör verksamhet i liten skala gäller tillgängligheten. Stockholms privatläkarförening accepterar kravet på 30 timmars tjänstgöring fem dagar per vecka, men kräver att detta ska kunna uppfyllas genom samverkan mellan flera små mottagningar. Patienterna ska alltid ha en specialistmottagning att vända sig till om deras »egen« av olika skäl har stängt. SLL vill begränsa samverkan till »i särskilda fall«. Med det menas de tillfällen som anges i lagen om läkarvårdsersättning (LOL; »taxan«). I denna begränsas samverkansmöjligheten till sjukdom, semester, vård av barn, fackligt eller politiskt arbete, forskning och utbildning samt inför ålderspensionering.

En mindre läkarmottagning med en eller två kollegor kan sålunda inte samverka med annan mottagning om kollegorna behöver uträta dagliga saker som att hämta barn på dagis, följa äldre föräldrar till läkare eller läm-



Vinjet: Air Ilisie

Vårdvalets utformning i Stockholm missgynnar läkarverksamhet som bedrivs i liten skala, anser skribenterna.

na bilen på service. Även andra faktorer kan göra att den enskilda läkaren inte kan eller vill vara på mottagningen alla veckans arbetsdagar i stort sett alla årets veckor.

Trots medlemmarnas protester vid mötena fortsätter administrationen att visa bilder med samma text om »samverkan i särskilda fall«.

Det andra kravet är vårdgarantin. SLL kräver att varje enhet ska klara vårdgarantin enligt Stockholmsdefinitionen, dvs nybesök ska tas emot inom en månad. Kollegor verksamma som specialistläkare inom öppenvård under 15–20 års tid måste därmed skapa utrymme för ytterligare patienter. Dessa kollegor har sedan länge ett stort nätverk av remitterande husläkare och andra specialister. Det naturliga är självfallet att inom specialiteten vidarebefordra remisser till de kollegor som nyöppnar och behöver fler patienter till sin verksamhet.

En ekonomisk modell som SLL presenterat, visserligen endast som tankeexperiment, skapar en sådan ekonomisk osäkerhet att endast verksamheter med stort kapital kan överleva. Även i planen för ekonomisk ersättning

behövs modeller som premierar långsiktighet och stabilitet för att de små verksamheterna ska kunna fortsätta.

Vårdvalets utformning kommer att innebära att den småskaliga vården med sin unika kontinuitet försvinner. SLL skapar regler som medför att för närvarande endast 1 av cirka 40 specialistmottagningar för ÖNH klarar kraven. Övriga små verksamheter kommer att behöva slås ihop till större mottagningar i centrala delar av staden.

Det kommer att bli lönsamt att starta stora mottagningar, kanske med rotation av läkare från andra EU-länder som hyrs in av de stora bolagen för att arbeta en period i Sverige.

Genom samtal och enkäter med våra privatläkarkollegor vet vi att många av de lite äldre privatläkarna – som utgör en stor andel av privatläkarkåren – kommer att stänga sina mottagningar då de inte kan tänka sig att delta i ett vårdval med de tillgänglighetskrav som SLL ställer.

Den nuvarande strategin leder till att stora vårdbolag tar över verksamheten med kortsiktiga ägare i form av riskkapitalbolag med intresse av snabba vinster. Ägare till de små verksamheterna med 15–20 års perspektiv försvinner – på grund av SLL:s oförstånd kring vilka regler som ska ligga till grund för blivande regelböcker inom vårdvalet.

För Stor-Stockholms privatläkarförening
Johan Ellingsen (anestesi),
Peter Lindström (invärtes medicin),
Ewa Milerad (smärtlindring),
Åsa Pravitz (psykiatri),
Märta Silber (gynekologi),
Dag Strömberg (allmänmedicin),
Rumiana Zlateva-Cuenca (kardiologi),
Crister Öhlund (ÖNH)
 Crister@jonrik.se

Mer debatt på Lakartidningen.se

Det finns fler debattinlägg på Lakartidningen.se/debatt

■ Beslutet att behålla pcV som första handsmedel och att anpassa doserna måste vara det enskilt viktigaste beslut som lett fram till Sveriges förhållandevis mycket gynnsamma resistensläge, skriver författarna till en artikel i LT 7/2011 (sidan 317). Här replikerar författarna till en tidigare kunskapsöversikt i ämnet (LT 40/2010, sidorna 2392-5). Debatten avslutas med en slutreplik från Roos och medarbetare.



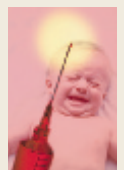
red

Replik till Roos, Holm och Ekedahl:
Penicillin V: Tre doser eller inte alls!

Christian G Giske, Margareta Eriksson, Ann Hermansson, Jan Kumlien, Inga Odenholt, Otto Cars

Slutreplik:
Vi ifrågasätter inte data
 Kristian Roos, Stig Holm, Claes Ekedahl

■ Ett autoreferat i LT 9/2011 (sidan 463) har lett till debatt om huruvida de 2–3-komponents acellulära kikhostevacciner som i dag används i Sverige skulle vara mindre effektiva än ett 5-komponentsvaccin som används i en del europeiska länder. Här publiceras en kommentar från Marta Granström och slutreplik från författaren.



red

Kommentar till Inge Axelsson:
Inget stöd för att 2- eller 3-komponentsvaccin ger mindre gott skydd än 5-komponentsvaccin
 Marta Granström

Slutreplik: **Studie till grund för diskussion om spädbarnsvaccin**
 Inge Axelsson