

# Läkarförbundets policy för mångfald av olika vårdgivare

Alla invånare i Sverige ska omfattas av den offentligt finansierade vården. Denna ska kunna utföras av många olika vårdgivare, såväl offentligt drivna som privata företag och idéburna organisationer.

För att kunna erbjuda en jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen behövs en mångfald av olika vårdgivare. Det bidrar till en utveckling mot jämlik vård, förbättrad folkhälsa och ökad medicinsk kvalitet. En mångfald av olika vårdgivare främjar patientfokus, stärker patienternas valmöjligheter och ökar kontinuitet och tillgänglighet.

Vårdgivare i olika driftsformer och olika storlek skapar också utrymme för ett effektivt resursutnyttjande. Det bidrar till nya arbetssätt och organisering. Här kan vi lära från Danmark och Norge som har system som ger en helt annan kontinuitet och av patienterna uppskattad vård närmare patientens bostad.

En fungerande nära vård är viktig för att kunna möta patienters behov av kontinuitet i läkarkontakten och tillgänglig sjukvård när man behöver den. När det finns ett brett utbud av olika vårdgivare skapas förutsättningar för konkurrens med kvalitet.

En utbyggnad och förstärkning av den öppna vården utanför sjukhusen är ett viktigt led i att förbättra effektiviteten i den svenska sjukvården. Konkurrensneutralitet och goda etableringsmöjligheter för små vårdgivare inom den öppna specialistvården bidrar till effektivitet.

Primärvården och den öppna specialiserade vården bör utgå från ett nationellt uppdrag men kunna anpassas efter regionala och demografiska förhållanden. Finansiering och principer för ersättningar måste diskuteras och bör utgå ifrån en tillitsbaserad styrning mot kvalitet med samma villkor för alla vårdgivare oavsett om det är av landsting/region driven verksamhet eller ej.

En utvidgning av valfriheten till att omfatta även öppen specialiserad vård är en prioriterad fråga för Läkarförbundet. Det gör att den specialiserade vården kan möta patienten utanför sjukhusen och även kan bidra till förbättrad samverkan med primärvården.

Mer av slutenvården, exempelvis akut- och närsjukhus, bör kunna bedrivas i privat regi. Det främjar patientnöjdheten, bidrar till bättre resursutnyttjande och kan bidra till god arbetsmiljö för de anställda. Även här kan vi låta oss inspireras av våra nordiska grannar, där en större andel vård bedrivs i annan regi än landsting/stat med hjälp av privata vårdgivare och idéburna organisationer.

Många olika arbetsgivare konkurrerar om arbetskraften genom en god arbetsmiljö och på så vis såväl utvecklas medarbetarnas hälsa och trivsel som främjas kvaliteten i verksamheten. Större utbud av arbetsgivare ger vårdprofessioner alternativa karriärvägar, nya möjligheter till professionell utveckling och adekvat lönesättning samt möjlighet för läkare att verka som egna företagare.

## Vår policy

### **Regler lika för alla**

Regelverken ska utformas så att små, medelstora och stora vårdgivare får lika goda möjligheter att etablera sig på marknaden. Särskilt viktigt är att inte missgynna små företag och idéburna organisationer.

Regelverken ska genom konkurrens på lika villkor skapa en effektivare vård med en god tillgänglighet och hög kvalitet.

Nationellt utformade uppdrag med möjlighet till regional anpassning ger stabilitet och förutsägbarhet.

### **Öka effektiviteten och förbättra närhet och kontinuitet**

Öka effektiviteten och tillgängligheten genom att flytta ut sjukhusvård till öppen specialiserad vård. Mottagningarna kan då ligga närmare patienten. Det finns även bättre förutsättningar till hög kontinuitet i patientomhändertagandet.

### **Ersättningsmodeller som styr mot kvalitet**

Ersättningen ska övergripande styra mot kvalitet. Det ska vara balans mellan ersättning och uppdrag. Ersättningen ska täcka alla tjänster och åtaganden som följer av uppdraget, inklusive utbildningsansvar och fortbildning.

### **Rimliga regelverk för ersättning**

Utformningen av regelverken, dvs uppdrag och ersättningsmodeller, ska ske i nära dialog mellan uppdragsgivare och företrädare för läkarprofessionen. Systemen bör ges möjlighet att pröva nya lösningar för att möta de utmaningar vården står inför. Privata och idéburna vårdgivare ska ha samma villkor för sitt uppdrag som sina offentligt drivna motsvarigheter.

### **Bättre möjligheter för delad arbetstid mellan olika vårdgivare**

Vi vill förbättra möjligheterna för läkare att gå mellan sjukhusvård och öppenvård. Läkare måste ges möjlighet att kombinera tjänstgöring inom sjukhus med arbete i fristående öppenvårdsenheter.

### **Likvärdiga möjligheter till forskning och utbildning**

Utbildning av läkare måste kunna ske hos flera arbetsgivare på lika villkor och med en gemensam tillsyn. Den öppna specialistvården har en strategisk uppgift inom specialistutbildning och klinisk forskning. Andra vårdgivare än landsting/regioner får inte hindras att delta i forskning när kompetens för detta finns.

### **Fler sjukhus med annan vårdgivare än landsting/region**

Fler sjukhus än idag bör drivas av andra vårdgivare än landsting/region. Det främjar patientnöjdhet, innovationskraft och effektivitet.

## Appendix

### Mångfald av olika vårdgivare

#### 1. Bakgrund

Ett av läkarförbundets mål är att antalet småskaliga och läkarägda företag ska öka. Redan vid fullmäktige 2013 fastslogs att förbundet fortsatt kommer vara aktivt för att skapa förutsättningar för etablering av privat öppenvårdsverksamhet med offentlig finansiering, och att denna måste vara anpassad till den småskaliga professionsstyrda vårdens förutsättningar. Två av de största problemen inom svensk sjukvård idag är låg tillgänglighet och dålig kontinuitet för patienterna som ofta får möta många olika läkare helt i onödan under en vårdepisod. Mycket talar för att en större mångfald av vårdgivare skulle öka förutsättningarna att förbättra båda dessa stora problemområden.

Läkarförbundets arbetar för en mångfald av vårdgivare, och i förbundets sjukvårdspolitiska program *Bot och bättring* från år 2015 fastslogs att den huvudsakliga finansieringen av hälso- och sjukvården fortsatt ska ske via skatt. En tydlig rollfördelning mellan politik och profession, dvs. beställare och utförare, framhålls som en viktig förutsättning för en mångfald av vårdproducenter.

En viktig nyckelgrupp i arbetet med öppen specialistvård är sjukhusläkarna. Det är framför allt i denna grupp de blivande företagen inom öppna specialistvården återfinns. I motsats till inom primärvård och bland privatläkarna saknas bland sjukhusläkarna i många fall kunskap om och erfarenhet av privat företagande. Det ställer krav på Läkarförbundets insatser när det gäller att bana väg för goda verksamhetsförutsättningar för etablering.

Läkarförbundet välkomnar en utveckling med en mångfald av vårdgivare även inom slutenvård. Det skulle öppna för en dynamisk utveckling med konkurrens och bidra till en större patientnöjdhet, bättre resursutnyttjande och kan ge en bättre arbetsmiljö för de anställda.

#### Vårdvalet

Lagen om Valfrihetssystemet (LOV), det s.k. vårdvalet, infördes i primärvården år 2010 och är obligatoriskt. I specialiserad vård är det frivilligt att erbjuda sådana system.

Vårdvalet i den specialiserade vården har, trots satsningarna, inte utvecklats i den takt som den dåvarande regeringen förväntade sig. Det är främst Stockholms läns landsting som driver ett förändringsarbete med vårdval inom specialiserad vård. Ett antal landsting driver försök inom avgränsade områden, men hälften av landstingen har ingen aktivitet på området.

Ett stort problem är att varje landsting/region utformar egna regler som man när som helst kan ändra och därigenom försvåras den stabilitet som krävs för en fortsatt utveckling av alternativa vårdgivare i Sverige. Regelverket måste utformas så att det blir lätt att förstå och så att åtagandet och dess effekter kan bedömas av små företag. Inga omotiverade obalanser bör finnas mellan beställare och utförare. Vårdval inom somatisk specialistvård bör också utvecklas.

Konkurrenssnedvridningar måste undvikas, t.ex. omotiverade begränsningar i tjänsteutbudet för vårdvalsläkare, som ger olika verksamhetsförutsättningar för vårdenheter inom vårdvalssystemen och konkurrerande vårdenheter inom landstingen. Reglerna behöver vara överblickbara och kunna ändras endast genom beslut av region- eller landstingsfullmäktige. Systemet ska bygga på långsiktigt förtroende och tillit i förhållande mellan landstingen och vårdenheterna och inte på detaljstyrning och kontroll.

Viktiga lagstadgade rättigheter och skyldigheter med nära koppling till verksamheten, t.ex. meddelarfriheten för offentliganställda, måste gälla på samma sätt för medarbetare som verkar i vårdvalssystem som för medarbetare i landstingen.

Effekterna av olika vårdvalssystem, även för berörda vårdenheter i vårdvalssystemen, behöver följas upp systematiskt. Erfarenheterna kan sedan beaktas när vårdvalssystemen utvecklas och förändras i framtiden.

Många vårdföretagare, både privata och i egen regi, har erfarenhet av ledning och styrning som andra skulle kunna dra nytta av. Landstingen bör skapa möjligheter till detta.

### **Ersättningar**

Årliga prisuppräknningar är en viktig åtgärd för att stärka förutsättningarna för att privata och landstingsdrivna vårdcentraler ska kunna driva en långsiktigt hållbar vård, både ekonomiska och kvalitetsmässigt för patienten. De administrativa bördorna behöver minimeras. Kostnader för administrativa uppgifter beaktas då ersättningen bestäms. Det gäller t.ex. *rapporteringskyldighet* i olika system i administrations- eller uppföljningssyfte.

Förutsägbarhet är viktigt. Ersättningar och andra villkor ska ändras efter överläggningar med företrädare för berörda verksamheter. Utvecklingen och effekterna för de vårdenheter som deltar i vårdvalssystemet behöver följas upp och utvärderas.

### **Nationella taxan**

Lagen om läkarvårdsersättning (LOL), den s.k. nationella taxan är en lag som tillkom 1993 och har inte utvecklats i takt med tidens krav men fungerar än som ett nationellt system för öppenvårdsverksamhet. Förbundet arbetar aktivt för en utvecklad och moderniserad LOL som skulle kunna utgöra grunden i ett nationellt vårdval. Förbundet välkomnar ett nationellt

grunduppdrag, men med regional anpassning, i stället för dagens vårdvalssystem som ofta resulterar i en fragmentisering och olika system i varje landsting.

## **LOV och LOU**

Upphandling enligt LOU är inte optimal för de små vårdgivarna. Större koncerner har lättare att delta i en komplicerad upphandlingsprocess. Ett annat problem med LOU är att den kan motverka kontinuitet med korta avtal. Det går att hantera inom gällande EU-rätt som gör undantag i de stränga reglerna för sjukvård men i Sverige har man hittills valt att följa LOU till punkt och pricka även inom sjukvården. Därför är det bättre att utveckla LOV eller LOL och att utkräva en genomarbetad process i ett nationellt system mellan stat och landsting och vårdgivare i en löpande dialog. Dialogen ska syfta till att skapa förutsättningar för ”best practice”, framtidsutveckling, ersättningssystem som driver mot kvalitet och ett gemensamt ansvar.

## **Utbildning och forskning**

Vårdvalssystemen ska utformas så att både volym och kvalitet i utbildningen av specialistläkare kan upprätthållas. Ansvar för utbildning av blivande specialister ska ske i vårdenheter som genom sin storlek och av andra skäl har förutsättningar för sådana åtaganden och mot särskild ersättning. Skapa ett tilläggsuppdrag för ST sidotjänstgöring inom varje enskilt vårdvalsuppdrag och inom LOL.

Möjlighet till forskning ska finnas för privata utförare på samma sätt som inom övrig vård. Det är därför viktigt att kunna ha kombinationstjänster, men då måste pensions- och sjukförsäkringsfrågan lösas. Specialistläkare bör också ges möjlighet att kombinera tjänstgöring inom sjukhus med deltidsarbete i fristående öppenvårdsenheter.

Patienten ska kunna gå trygg mellan vårdgivare i en ”sömlös” vård, vilket kräver utveckling av de digitala journalsystemen så att information finns tillgänglig oavsett vilken vårdgivare patienten valt.

## 2. Definitioner och Gällande rätt

### Grundläggande fakta om dagens hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdens nettokostnader uppgick till drygt 240 miljarder år 2015. Av landstingens och regionernas kostnader gick 90 procent till hälso- och sjukvård och tandvård. Den specialiserade somatiska vårdens andel motsvarade 48 procent av nettokostnaderna, primärvårdens andel 16 procent och läkemedelsförmånen 8 procent. Den specialiserade psykiatriska vårdens andel och övrig hälso- och sjukvård utgjorde 8 procent vardera.

Genomsnittligt antal besök för alla vårdområden per invånare var 6,9 besök per invånare år 2015. Totalt gjordes 68 miljoner besök i hälso- och sjukvården, varav 14,6 miljoner läkarbesök i primärvården varav 43,4 procent var producerade av annan vårdgivare än landstinget. 12,5 miljoner läkarbesök i specialiserad somatisk vård varav 23 procent var producerade av annan vårdgivare och 1,1 miljoner läkarbesök i specialiserad psykiatrisk vård varav 25 procent var producerade av annan vårdgivare.

Av totala antalet läkarbesök uppgick antal besök hos läkare som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning år 2015 till drygt 1,5 miljoner. Av besöken gjordes drygt 0,4 miljoner besök hos specialister i allmänmedicin, 1,1 miljoner i specialiserad somatisk vård och knappt 0,13 miljoner hos psykiatriska specialiteter.

Under 2015 uppgick den utbetalda ersättningen från huvudmännen till läkare som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning till närmare 1,5 miljarder kronor, varav ca 300 miljoner till allmänmedicin, knappt 1,1 miljarder till specialiserad somatisk vård och 186 miljoner kronor till psykiatriska specialiteter.

### Definition av öppen specialistvård

Definitionen av öppen vård framgår av 5 § HSL, ”För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.” Vidare framgår att primärvården är en del av den öppna vården. I Socialstyrelsens termbank definieras specialiserad vård som hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. Inom utredningen ”God och nära vård” kommer man att tydligare definiera vad som avses med öppen och slutna vård.

### Gällande rätt

Det finns olika lagar och regler som gäller för läkare som driver privat vård med rätt till offentlig finansiering. Främst rör det sig om tre olika lagar som på olika sätt reglerar avtalsförhållanden mellan landstinget och den privata utföraren. När det gäller val av strategi gällande köp av vård fattar varje enskilt landsting politiska beslut avseende val av förfarande, dvs. om man ska upphandla enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU eller utforma ett vårdvalssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Ett undantag är det obligatoriska vårdvalet inom primärvård.

Etableringsförfarandet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, hanteras i särskild ordning. Det tillkommer inga nya etableringar, dvs. volymen av de läkare som redan är verksamma enligt LOL ökar inte. Antalet verksamma inom nuvarande LOL tillåts inte öka om inte landstingen ändrar sina regelverk. Nedan följer en närmare beskrivning av lagstiftningen.

### **Lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU)**

LOU reglerar köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel. Lagen trädde i kraft först 1 januari 2008 och ersatte tidigare lag (1992:1528).

Lagen tillämpas bl.a. då landstingen upphandlar vårdtjänster, de avtal som tecknas kallas för vårdavtal. Ersättningen uppräknas i enlighet med vad som anges i varje avtal.

### **Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)**

Vårdvals system bedrivs i enlighet med LOV. Bestämmelsen återfinns i 5 § Hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget ska organisera primärvården på sådant sätt att alla bosatta inom landstinget har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Man ska få tillgång till att välja en fast läkarkontakt. Tyvärr har detta visat sig inte kunna uppfyllas inom det nuvarande valfrihetssystemet eftersom patienten väljer en enhet och inte en namngiven läkare.

Landstingen författar själva sina villkor i vad de kallar regelböcker, auktorisationsvillkor eller förfrågningsunderlag. Dessa villkor kan när som helst ändras av landstinget utan samråd med vårdgivare eller facklig organisation.

Vårdvalet är obligatoriskt i hela landet inom primärvården. Stockholms läns landsting har hittills flest vårdvalsområden i Sverige.

### **Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), nationella taxan**

Läkare verksamma enligt LOL, även kallade taxeläkare, får ersättning i enlighet med förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning, s.k. FOL. Taxeförhandlingarna rör nivåerna i FOL.

Taxeläkare har möjlighet att sälja sin etablering genom s.k. ersättningsetablering. Detta är ett upphandlingsliknande förfarande som i LOU och som handläggs av landstinget. Villkor för detta anges i LOL.

### **Patientlag (2014:821)**

Enligt kap 9, 1 § Val av utförare; ska en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.



## **Valfrihetssystem (SFS 2008:962)**

År 2010 infördes ett obligatoriskt lagstadgat vårdval inom primärvården. Reformen har lett till en utveckling av privata vårdalternativ. De första åren ökade antalet vårdcentraler med 200 enheter eller 20 %, och praktisk taget samtliga av dessa drivs i privata driftsformer.

Från år 2012 har regeringens politik varit att pröva om Lagen om Valfrihetssystem (LOV) kan användas för att reformera den öppna specialiserade vården. Ett treårigt statsbidrag på 100 miljoner kronor per år till landstingen infördes fram till och med år 2014. Kriterierna för statsbidraget har utvecklades stegvis. I ett första steg var kriterierna utomordentligt vida och under år 2012 utgick medel till alla landsting. Dessa användes bara delvis för åtgärder som kopplar till vårdval och i hög grad handlade arbetet om att utveckla primärvårdens vårdval.

Inför år 2013 sökte 13 landsting medel för utveckling av vårdvalssystem eller för att medverka i nationell samverkan kring utveckling av vårdepisodersättningssystem. Åtta landsting valde således att stå helt utanför. Av de 13 landstingen var det dock enbart fyra som beslutat att införa nya vårdval inom specialistvården. Sammanfattningsvis är det enbart i Stockholm som det finns processer mot att vårdvalet görs till någon mer väsentlig del av utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet. I de övriga landsting som har infört vårdvalssystem berör de enbart mindre avgränsade områden och i ungefär hälften av landstingen – inklusive Västra Götaland pågår ingen utveckling över huvud taget av vårdvalssystem.

## **Offentlig upphandling**

Landstingen upphandlar idag vård i varierande mängd. All privat landstingsfinansierad hälso- och sjukvård som inte bedrivs i enlighet med vårdval eller LOL är upphandlad i enlighet med LOU. Den upphandlade vården varierar i volym mellan de olika landstingen, beroende på hur stor volym som ingår i vårdval, verksamma enligt LOL samt volym i egen regi.

Landstingen upphandlar exempelvis en stor grad av medicinsk service, ambulanssjukvård, hjälpmedel mm men även mer traditionellt utförd vård. Eftersom det år 2010 infördes ett obligatorisk lagstadgat vårdval inom primärvården, upphandlas denna typ av vård ej. Det enda akutsjukhuset som idag är upphandlat i Sverige är Capio St. Görans sjukhus i Stockholm.

I Läkarförbundets förslag från 2006 säger vi att den specialiserade närsjukvården omfattar dels vård av dem som uppsöker specialistvård och som inte behöver den fyllt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård av dem som remitteras dit från sjukhus eller från primärvård.

I Läkarförbundet sjukvårdspolitiska program, bot och bättring, från 2016 säger förbundet att en utbyggd och förstärkt öppen specialistvård utanför sjukhusen förbättrar effektiviteten i sjukvårdssystemet. Den öppna specialistvården är en länk mellan primärvården och sjukhusvården. En väl utvecklad samverkan mellan vårdnivåerna är en förutsättning för vård på rätt vårdnivå. Valfrihet för patienten ska gälla. En mångfald av vårdgivare och småskaliga läkarledda verksamheter främjar patientfokus och stärker möjligheterna att välja.



### 3. Nordisk utblick

#### Norge

Norge har en offentlig förvaltning i tre nivåer. Kommunerna ansvarar för primärvården och merparten av omsorgen. När det gäller omsorg om unga är ansvaret delat mellan stat och kommun. Fylkeskommunerna var tidigare huvudmän för sjukhusvården, men sedan drygt tio år är sjukhusvården ett statligt ansvar. I Norge går 9,3 procent av BNP till hälso- och sjukvård, vilket är något lägre än i Sverige. Det offentliga finansierar cirka 85 procent av kostnaderna vilket är mer än genomsnittet inom OECD och en högre andel än i Sverige.

Primärvården utförs i huvudsak av privatpraktiserande läkare som har avtal med kommunen, s.k. ”fastlege”. I primärvården ingår också fysioterapeuter, hälsostationer och skolhälsovård där sjuksköterskor är den dominerande yrkeskategorin. Invånarna har fritt läkarval och får byta husläkare två gånger per år.

Kommunerna styr hur många fastlege som finns inom kommunen. Kommunen annonserar när de behöver nya fastlege och tecknar sedan avtal med läkarna i enlighet med de nationella reglerna men med lokala tillägg. Avtalet med kommunen är personligt men ersättningen kan betalas ut till ett företag. Att avtalet är personligt medför att en läkarpraktik inte kan säljas till någon annan. I Norge vill man från politiskt håll gärna se en utveckling mot större vårdcentraler och fastlegesystemet är mycket populärt.

Inom den öppna specialiserade vården tillämpas vårdval sedan 2015. De privatpraktiserande specialistläkarna ingår avtal med de regionala helseforetaken. Alla som tecknat sådant avtal får ersättning enligt en nationell taxa. Avtalen är personliga och kan inte säljas eller hyras ut under längre perioder. Cirka 30 procent av den öppna specialiserade vården utförs av privatpraktiserande specialister men det finns en stor variation mellan olika specialiteter. Hänvisning till specialistvård sker via husläkaren.

Den nationella taxan utformas efter årliga förhandlingar och bygger på en kostnads- och intäktsanalys som inbegriper en rimlig löneutveckling för läkaren.

Sjukhusvården i Norge är regionbaserad i fyra statligt ägda bolag som kallas för regionale helseforetak. De styrs på nationell nivå av Helse- og omsorgsdepartementet som i princip motsvarar det svenska Socialdepartementet. Merparten av slutenvården utförs av de offentliga sjukhusen (helseforetak) men det finns även vinst-syftande och icke-vinstsyftande enskilda aktörer som äger sjukhus. De regionala helseforetaken äger de offentliga sjukhusen och ingår dessutom avtal med privata utförare.

Även inom slutenvården tillämpas vårdval. Patienter som remitterats till sjukhus för undersökning eller behandling har rätt att välja mellan offentliga sjukhus och privata sjukhus som ingått avtal med den offentliga sjukvården.

Cirka 10 procent av slutenvården upphandlas. Det finns dessutom 12 stycken icke-vinstsyftande aktörer (de s.k. tolv heliga) som ingår i de regionala hälsoplanerna när det gäller både öppen och slutna specialistsjukvård. De har driftsavtal med helseforetaken men

upphandlas inte. Andelen privata utförare har varit relativt stabil men har i viss mån skiftat på grund av olika styrsignaler från olika regeringar.

## **Danmark**

I Danmark sker 90 procent av alla öppenvårdsbesök utanför sjukhusen medan i Sverige svarar sjukhusen för knappt hälften av alla öppenvårdsbesök.

Den öppna vården i Danmark är organiserad i en rad olika sektorer av privata yrkesutövare. Jämte *almen praksis*, dvs. de allmänläkare som befolkningen listar sig hos, finns specialistläkare i öppen vård, sjukgymnaster, kiropraktorer, psykologer och fotterapeuter som organiseras var för sig, med separata statliga avtal avseende villkor och ersättningar.

Flera mottagningar inom *almen praksis* är s.k. ”*enkeltmand*”, även om det finns samverkan mellan läkare när det gäller jour, lokaler m.m. Mottagningar med flera allmänläkare som arbetar i samverkan med sjuksköterskor är fortfarande få, även om dess betydelse ökat över tiden.

Enligt den danska *Foreningen af Praktiserende Speciallæger* (FAPS) pågår det en flytt av uppgifter från sjukhusen till öppen specialistvård. De största specialiteterna i öppen specialistvård är ögon, ÖNH och psykiatri.

FAPS välkomnar denna utveckling, bland annat med motiveringen att det ger medborgarna ökade möjligheter att bibehålla närhet till specialistsjukvård i ett läge allt fler små sjukhus utanför storstäderna läggs ner. Närhet till fler specialister bidrar också till att stärka primärvården, och till att avhjälpa en skev åldersfördelning.

Avtalen med de fem danska regionerna skiljer sig åt, vilket ger flexibilitet och utrymme för lokal anpassning. Utformningen av avtalen påminner om det svenska taxsystemet, och grundas i ett avtal mellan FAPS och RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn). Det ges en ram som läkarna inte får överskrida, dvs regionerna styr över kapaciteten. I de allra flesta fall flesta behandlingsförlopp är inte sjukhusen involverade, utan problemet löses mellan allmänläkare och specialister.

Många patienter blir bedömda snabbt, och allmänläkare kan samråda med specialisten. Utvärderingar visar att både patienter, läkare och sjukvårdshuvudmän är mycket nöjda. Till fördelarna hör att specialisterna ser många fler patienter varje dag, de gör många rutinbehandlingar, och små enheter med korta beslutsvägar är effektiva.

För att få och behålla avtal med regionen måste specialisterna ackrediteras. Priset på försäljning av praktik är reglerad i förhållande till omsättningen. Helt nya tjänster utannonseras, och den får praktiken som anses mest meriterad. Med några få undantag är praktiserande läkare privata egenföretagare som äger sin egen mottagning.

Under lång tid har också *almen praksis* utvecklats mot allt fler inslag av frivilliga kollektiva lösningar. Det gäller till exempel samverkan under jourtid men även utveckling mot olika form av gruppraktiker. Vårdbolag spelar en avsevärt mindre roll i Danmark än i Sverige.