

Regelrådet är ett särskilt beslutsorgan inom Tillväxtverket vars ledamöter utses av regeringen. Regelrådet ansvarar för sina egna beslut. Regelrådets uppgifter är att granska och yttra sig över kvaliteten på konsekvensutredningar till författningsförslag som kan få effekter av betydelse för företag.

Socialdepartementet

Yttrande över God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Regelrådets ställningstagande

Regelrådet finner att konsekvensutredningen inte uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Innehållet i förslaget

I remissen föreslås en ny lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Vidare föreslås ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ändring i tandvårdslagen (1985:125). Det föreslås också ändring i socialtjänstlagen (2001:453), patientlagen (2014:821), lagen (2016:1145) om offentlig upphandling samt i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner. Det föreslås också att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi ska upphävas. Därutöver föreslås en ny förordning om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Dessutom föreslås ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och i förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket. Slutligen föreslås att förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi ska upphävas.

I sak anges förslaget bland annat innebära följande. Utredningen föreslår att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på. Utredningen föreslår vidare att regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen. Därutöver föreslås att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Utredningen föreslår också att det regleras i lag att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Det anges innebära att det i hälso- och sjukvårdslagen förtydligas att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs. Utredningen föreslår att regleringen av individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska harmoniera med regleringen i lagen om samverkan vid slutet hälso- och sjukvård så att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från slutet vård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan. Det ingår också andra ändringar avseende individuell plan. Utredningen föreslår också att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er). Utredningen lämnar två

alternativa förslag till hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Det ena förslaget anges innebära att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. Det andra förslaget anges bestå i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen anges inkludera att lagen om läkarvårdersättning och lagen om ersättning för fysioterapi samt dito förordningar upphävs. Utredningen lämnar förslag på övergångsbestämmelser som anges göra det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna. Det föreslås att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Vidare föreslår utredningen att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Regelrådets granskning fokuserar på de delar av författningsförslaget som bedöms medföra effekter av betydelse för företag.

Skälen för Regelrådets ställningstagande

Bakgrund och syfte med förslaget

I remissen anges att förslagen i det remitterade betänkandet, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Förslagsställaren bedömer att förslagen är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Detta anges som bakgrund till delförslaget om lagkrav på en gemensam plan för primärvård i varje län. Bestämmelser som träffar utförare, och därmed hur det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikronivå ska kunna tillämpas, anges inte vara tillräckligt tydligt reglerat i dag, vilket anges som motiv till lagregleringen av att det ska finnas de förutsättningar för samverkan som krävs för att god vård ska ges. Vidare anges att många olika aktörer i dialog med utredningen har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns tillgängliga. Mot den bakgrunden lämnas förslaget att regleringen av individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska harmonieras med regleringen i lagen om samverkan vid slutna hälso- och sjukvård. Det anges också att det i dag finns en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga verkar. Kritiken anges bl.a. bestå i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, eftersom de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken från aktörer som verkar på den nationella taxan anges bl.a. bestå i att innehållet i vad som får göras och hur, samt befintligt ersättningssystem, inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning anges också finnas. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts. Mot denna bakgrund lämnas de två alternativa förslagen till förändringar avseende

verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi. Det anges också att för att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Förslag om lagkrav avseende verksamhetsförslag utbildning anges lämnas mot denna bakgrund.

Regelrådet finner redovisning av bakgrund och syfte med förslaget godtagbar.

Alternativa lösningar och effekter av om ingen reglering kommer till stånd

Som angetts ovan lämnas två alternativa förslag avseende verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi. I konsekvensutredningen beskrivs vilka konsekvenser de ger och hur de skiljer sig från varandra. I redovisningen av skäl för övriga förslag finns i förekommande fall också beskrivningar av alternativa lösningar. Det finns även flera exempel på beskrivningar av effekter om ingen reglering kommer till stånd.

Regelrådet gör följande bedömning. Den mest utvecklade beskrivning av alternativa lösningar som finns i remissen är den som görs avseende de två alternativa förslag som lämnas för att åtgärda det som förslagsställaren identifierat som problem med verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi. Det är värdefullt att dessa jämförs inte enbart med varandra utan även med nollalternativet – att dagens lagstiftning om läkarersättning och ersättning för fysioterapi skulle behållas. Regelrådet noterar att förslagsställaren har angett att ett skäl till att ny reglering krävs är ett tillitsproblem mellan aktörerna på nationella taxan och regionerna. Ett skäl till att åtgärder krävs anges också vara att det bland annat ska vara möjligt att agera inom systemet som egen företagare. Det finns även fler exempel på att företagsaspekter tas upp i jämförelsen mellan de båda alternativen och nuläget. Regelrådet finner att beskrivningen är tydlig och värdefull. Det skulle ha kunnat förbättra konsekvensutredningens transparens ytterligare om beskrivningen av effekter om reglering inte kommer till stånd också hade innehållit mer av en dynamisk aspekt: hur dagens situation skulle kunna förväntas utvecklas på sikt om åtgärder inte vidtas. Befintlig beskrivning är emellertid tillräcklig.

Regelrådet finner redovisningen av alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd godtagbar.

Förslagets överensstämmelse med EU-rätten

Båda åtgärdsförslagen avseende verksamheter som idag drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi analyseras i förhållande till EU-rätten. När det gäller det första förslaget, att göra det obligatoriskt för regionerna att införa valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi anges följande. Även vid tillämpning av valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi ska regionerna behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och beakta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Principerna härrör från Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, EUF-fördragets. Att dessa grundläggande principer ska beaktas vid inrättande av valfrihetssystem anges komma till uttryck i svensk lagstiftning i 1 kap. 2 § LOV¹. Förslaget om inrättande av fler obligatoriska valfrihetssystem bedöms därmed av förslagsställaren vara förenligt med EU-rätten. Det andra förslaget, att införa ett nytt kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården genom den föreslagna lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet analyseras som nämnts också i förhållande till EU-rätten. Därvid anges bland annat följande. Förslaget avser en ny delvis statligt finansierad anslutningsform i glesbygd. Direktiv 2014/24/EU, (om offentlig upphandling), och direktiv 2014/23/EU, (om upphandling av koncessioner), anger ramarna för hur regioner och andra upphandlande myndigheter kan gå till väga när de vill

¹ LOV är i detta sammanhang en förkortning för lagen om valfrihetssystem.

anskaffa varor eller tjänster. Hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som återfinns i bilaga XIV till direktivet om offentlig upphandling respektive bilaga IV till direktivet om upphandling av koncessioner och som därmed till stora delar faller utanför tillämpningsområdet för direktiven. Endast begränsade regler i direktiven är därför tillämpliga avseende sådana tjänster. Det anges vidare att nu nämnda direktiv har implementerats i svensk lagstiftning genom LOU² och LUK³. I och med direktivens begränsade tillämpningsområde för hälso- och sjukvårdstjänster, tillämpas för dessa tjänster endast bestämmelserna i 19 kapitlet LOU respektive 15 kapitlet LUK. Om värdet av de hälso- och sjukvårdstjänster som regionen avser att köpa in understiger det så kallade tröskelvärdet faller tjänsten helt utanför direktivens tillämpningsområden, vilket innebär att enbart ett fåtal av kapitlens bestämmelser tillämpas. Hur avtalen som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ingås måste, för att vara förenliga med EU-rätten, beakta tillämpliga bestämmelser i direktivet om offentlig upphandling eller, om avtalen skulle vara att klassificera som tjänstekoncessioner, i direktivet om upphandling av koncessioner. Vilket av direktiven som är styrande för hur nationell lagstiftning behöver utformas beror på om avtalen ska klassificeras som kontrakt eller tjänstekoncessioner.

I konsekvensutredningen beskrivs även specifikt, inklusive genomgång av rättsfall inom EU-rätten, ytterligare aspekter avseende kontrakt och tjänstekoncessioner. Förslaget ställs även i relation till likabehandlingsprincipen och rättsmedelsdirektivet och det finns en analys av förslaget i förhållande till regler för statsstöd. I den sistnämnda analysen gör förslagsställaren bedömningen att modellen för finansieringslösning inte borde resultera i någon ekonomisk fördel för de vårdgivare som regionen tecknar avtal med. Det finns vidare ingen risk att det stöd som staten lämnar till regionerna förbättrar den enskilda vårdgivarens konkurrensposition i förhållande till andra vårdgivare som den konkurrerar med. Stödet till regionerna påverkar t.ex. inte vårdgivarens möjlighet att expandera eller få en starkare konkurrensförmåga. Inte heller innebär stödets utformning att vårdgivare med avtal med regionen genom stödet befrias från kostnader som denne annars själv hade fått bekosta i sin verksamhet. Modellen för finansieringslösning torde således enligt utredningens uppfattning inte heller innefatta en risk för snedvridning av konkurrensen. Som skäl för denna bedömning har förslagsställaren angett att den föreslagna modellen för finansiering inte inbegriper ekonomiskt stöd till enskilda privata vårdgivare, utan i stället är det regionerna som erhåller bidrag till finansieringen av den inköpta vården. Vidare anskaffar regionerna hälso- och sjukvårdstjänsterna i det föreslagna systemet genom ett förfarande med annonsering och urval av vårdgivarna i enlighet med upphandlingslagstiftning. Alla presumtiva vårdgivare som omfattas av lagstiftningen har på lika villkor möjlighet att lämna anbud och regionens urval av vårdgivare sker utifrån objektiva ställda kriterier och således efter konkurrensutsättning. Den eller de vårdgivare som regionen tecknar avtal med, och som indirekt i ett senare led tar del av det stöd som staten lämnar till regionerna, ges inga ekonomiska fördelar som andra vårdgivare inte ges. Den statliga delfinansieringen anges inte få till effekt att vissa vårdgivare får en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande vårdgivare. Förslagsställaren anger att vårdgivarna konkurrerar, i och med regionernas upphandlingsförfarande, på lika villkor⁴.

Regelrådet gör följande bedömning. Det finns en beskrivning av förslagsställarens syn på hur förslaget överensstämmer med EU-rätten. Det är utifrån denna beskrivning tydligt att förslaget i sig är ett nationellt initiativ och inte följer av EU-rätten. Vidare framgår hur förslagsställaren bedömer att det förhåller sig till EU-rätten i ett flertal avseenden. När det gäller delförslaget om ett möjligt nytt system för anslutning i glesbygd har en utförlig analys gjorts. Regelrådet finner att analysen är tillräcklig.

² Lagen om offentlig upphandling

³ Lagen om upphandling av koncessioner

⁴ För att se analysen i sin helhet hänvisas till sidorna 306 och 336 – 343 i betänkandet.

Regelrådet finner redovisningen av förslagets överensstämmelse med EU-rätten godtagbar.

Särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser

I remissen anges avseende förslagen om samverkan⁵ att dessa lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Lagändringarna bör enligt utredningens uppfattning införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, anser utredningen att 1 års tid bör avsättas efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande. Den nya bestämmelsen om patientkontrakt föreslås träda i kraft tidigast den 1 januari 2024. Denna lagändring anges vara nära sammanhängande med de nyss nämnda föreslagna ändringarna avseende samverkansfrågor, och bör liksom dessa enligt utredningens uppfattning införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. För att potentialen i förslaget fullt ut ska kunna realiseras krävs emellertid enligt förslagsställaren att ett digitalt verktyg utvecklas. Detta förväntas också medföra behov av vissa anpassningar hos huvudmännen i form av såväl regioner som kommuner. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen samt utvecklingen av ett digitalt verktyg bedömer utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2024. Utredningens anser att ett digitalt verktyg bör finnas på plats innan lagstiftningen träder i kraft och att ikraftträdandedatum därför slutligt bör avgöras utifrån när ett sådant verktyg kan bli tillgängligt. Förslagen till författningsändringar avseende utbildning föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Författningsändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, ser utredningen att en period om ett år bör avsättas för förberedelsemöjligheter efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att författningsändringarna tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande.

Om förslaget avseende obligatoriskt införande av valfrihetssystem inom fler vårdområden (som i remissen benämns scenario 1) väljs, föreslås att de nya bestämmelser som krävs i hälso- och sjukvårdslagen ska träda i kraft den 1 juli 2028. Utredningen bedömer att inrättande av valfrihetssystem inom de två vårdområden som föreslås inte kräver ett omfattande förberedelsearbete för regionerna. Samtliga regioner anges i och med det obligatoriska värddvalssystemet inom primärvården vara bekanta med ett inrättande som sådant. De nu tillkommande valfrihetssystemen ska dock formuleras och preciseras av regionerna och det nya valfrihetssystemens relation till redan befintligt värddvalssystem inom primärvården och till eventuella övriga värddval anges behöva ses över. För att regionerna inte, p.g.a. en ytterligare form för anslutning till den offentligt finansierade vården, ska riskera att belastas med parallella kostnader för den aktuella vården bedömer utredningen att den föreslagna bestämmelsen inte kan införas förrän den 1 juli 2028. Från och med denna tidpunkt ska lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi inte längre tillämpas för de aktörer som i dag verkar med stöd av dessa lagar. Det anges emellertid inte finnas något som hindrar regionerna från att inrätta valfrihetssystem inom de föreslagna områdena tidigare.

⁵ Förslag avseende gemensam planering, individuell plan för personers vårdbehov m.m.

Skulle i stället lösningen med ett kompletterande system för anslutning i glesbygd väljas föreslås att (den nya) lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet och förordningen med samma namn, samt föreslagna övriga nya bestämmelser hänförliga till denna lösning, (benämnd scenario 2) ska träda i kraft den 1 januari 2023. Utredningen anger att tidpunkten för införandet av den nya lagen är inte beroende av tidpunkten för upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Det anges att i stället bör den nya lagstiftningen, för att snarast skapa förutsättningar för hälso- och sjukvård i hela landet, införas så snart som möjligt. Hänsyn måste dock tas till den tid som behöver tas i anspråk för utformandet av det nya ersättningssystem som utredningen föreslagit att Socialstyrelsen ska ta fram. Tid anges också behövas för att utarbeta en metod för den statliga delfinansiering som utredningen föreslår. Former för ett nytt anslag behöver ses över. Ikraftträdandedatumet föreslås mot denna bakgrund.

Inget anges om behov av speciella informationsinsatser⁶.

Regelrådet gör följande bedömning. Det framgår av remissen vilka överväganden som förslagsställaren har gjort vid valet av tidpunkter för ikraftträdande för de olika delarna av författningsförslaget. Det finns information både om vilka hänsyn som har tagits med hänsyn till lagstiftningsprocessen och till huvudmän inom vårdsektorn. Det är inte lika tydligt i vilken mån det har övervägts om berörda företag påverkas av de föreslagna tidpunkterna och i så fall hur. Det hade förbättrat konsekvensutredningens transparens om även detta hade redovisats tydligt. Som helhet betraktad är emellertid beskrivningen av särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande tillräcklig. Däremot är det en väsentlig brist att det saknas en beskrivning av behovet av speciella informationsinsatser till följd av utredningens förslag. Det framgår visserligen av remissen att utredningen har fört dialog med ett flertal aktörer under arbetets gång. Detta hindrar inte att en beskrivning av behovet av informationsinsatser borde ha funnits. Skulle det vara utredningens uppfattning att sådana insatser inte behövs, borde detta ha angetts och förklarats.

Regelrådet finner redovisningen av särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande godtagbar.

Regelrådet finner redovisningen av behov av speciella informationsinsatser bristfällig.

Berörda företag utifrån antal, storlek och bransch

I konsekvensutredningen anges att år 2018 var det totalt 30 874 registrerade företag som bedrev verksamhet inom hälso- och sjukvård enligt SCB:s företagsregister. 16 633 var aktiebolag och 14 241 enskilda näringsidkare. Antalet företag som utförde offentlig hälso- och sjukvård under 2018 var endast en liten del av dessa. 2 342 företag utförde primärvård, 1 061 somatisk vård, 393 inom psykiatrisk vård och 603 utförde övrig hälso- och sjukvård åt regionerna. Detta baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. För den kommunala hälso- och sjukvården anges det endast finnas begränsad statistik över antal privata utförare. Enligt SCB:s utförarregister var det endast 36 privata företag som utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen, av dessa 36 finns 32 i Kalmar. När det gäller patientkontrakt anges att genom förslag som avser detta ökar behovet av it-system i vården som även kan tillhandahålla det. patientkontraktet, vilket kan förväntas skapa ökad efterfrågan på tjänster från hälso- och sjukvårdens it-leverantörer. Det anges att enligt branschorganisationen Swedish Medtech finns ca 640 medicinteknikföretag i Sverige, som

⁶ För att undvika missförstånd kan här framhållas att det som avses är behov av att informera de aktörer som berörs av förslaget om detta, för att dessa ska kunna anpassa sig till ändringar i regelverk. Regelrådet har i och för sig noterat att utredningen har analyserat i vilken mån en ändamålsenlig informationsstruktur finns inom vårdsektorn och dylika frågor och även vilka rättsliga möjligheter till information som finns för patienter m.m.

potentiellt skulle kunna leverera sådana lösningar för interaktion med patientkontraktet som kan bli efterfrågade. 180 av dessa anges vara medlemmar i branschorganisationen. Företagen anges emellertid i dagsläget vara tämligen heterogena vilket återspeglar sig i den stora variation av produkter som de levererar. Det anges därför vara ett urval av företagen som kommer kunna dra nytta av affärsmöjligheten med patientkontrakt.

Avseende förslaget, scenario 1, att göra det obligatoriskt med vårdvalssystem inom fysioterapi och psykiatri anges detta beröra vårdföretag som tillhandhåller tjänster inom fysioterapi eller psykiatri. Det anges påverka såväl företag som idag är anslutna till vården via lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem, som företag som vill kunna utföra psykiatri och fysioterapi men i dag inte har möjlighet att etablera sig och alla som idag har ett samverkansavtal enligt lagarna som föreslås upphävas⁷. Tre regioner anges idag ha vårdval inom psykiatri. I Halland ingår vuxenpsykiatri i vårdvalet för den specialiserade öppenvården. Fyra privata aktörer är anslutna på vårdval vuxenpsykiatri Halland. Region Skåne anges ha vårdval med 13 privata aktörer anslutna medan region Kronoberg införde vårdval inom barn- och ungdomspsykiatri vid årsskiftet 2020. Vidare anges tre regioner ha vårdval för fysioterapeuter. Stockholms läns landsting anges ha vårdval specialiserad fysioterapi, i november 2019 var 274 fysioterapeuter anslutna fördelat på drygt 160 företag. Västra Götalandsregionen anges ha vårdval för rehabilitering med 69 privata rehabenheter anslutna. Region Värmland, slutligen, anges ha vårdval fysioterapi med 33 anslutna. Därutöver anges att i de flesta regionerna ansluts privata utförare inom psykiatri via lagen om offentlig upphandling. Under år 2018 fanns det 393 privata utförare av specialiserad psykiatri åt regionerna. Borträknat de dåvarande utförarna anslutna via lagen om vårdvalssystem och lagen om läkarvårdsersättning så anges det innebära att det fanns ca 350 utförare av psykiatri anslutna via lagen om offentlig upphandling. Det anges vara ovanligt att ansluta fysioterapeuter via lagen om offentlig upphandling, för dem rör det sig endast om ett fåtal enheter.

De företag som främst påverkas av det andra förslaget om den nya anslutningsformen i glesbygd anges vara de som nu är aktiva på nationella taxan. Förslaget om en ny delvis statligt finansierad anslutningsform i glesbygd innebär ökade möjligheter till företagande i glesbygd. Det anges att den föreslagna anslutningsformens anpassning till just småföretagande och dess långa anslutningstider gör den mer säker och gynnsam för mindre egenföretagare än befintliga alternativ. Utifrån utredningens beräkning av en proportionerlig fördelning av resurser över landet så är fysioterapeuter den största gruppen som denna anslutningsform skulle vara aktuell för.

Regelrådet gör följande bedömning. Det går att sluta sig till inom vilka branscher som de företag som bedöms främst beröras av förslaget är verksamma. Det finns också information om företagens antal. Det är positivt att det både redovisas tydligt vilka uppgifter som utredningen kunnat samla in och vilka som inte finns tillgängliga. Sammantaget är beskrivningen av berörda företags antal och bransch tillräcklig. Det är värdefullt att det framgår att det ena av de två möjliga förslagen för att ersätta lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi är utformat på ett sätt som avses särskilt gynna små företag. Regelrådet finner emellertid att det inte kan anses finnas tillräcklig information om de berörda företagens storlek generellt.

Regelrådet finner redovisningen av berörda företag utifrån antal och bransch godtagbar.

Regelrådet finner redovisningen av berörda företag utifrån storlek bristfällig.

⁷ Det vill säga lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Påverkan på berörda företags kostnader, tidsåtgång och verksamhet

Det anges i konsekvensutredningen att förslaget om individuell plan innebär att fler patienter kommer att omfattas av möjligheten att få en sådan än i dag. Detta anges innebära ett ökat åtagande för huvudmännen och i förlängningen för vårdgivare och utförare som ska upprätta de individuella planerna. Vidare anges att vid införandet av den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan ansåg regeringen att det var ett förtydligande av redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning. Utredningen anser emellertid att det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen medför en ambitionshöjning och därmed ett utökat uppdrag för huvudmännen, och i förlängningen vårdgivarna. Därmed aktualiseras finansieringsprincipen. Det anges vara svårt att kvantifiera konsekvenserna av den utökade skyldigheten eftersom det till stora delar saknas kvantitativa underlag. Baserat på tillgängliga uppgifter görs uppskattningen att kostnaden för det utökade kravet skulle bli 1 350 miljoner kronor i landet totalt (3 000 kronor per plan och 450 000 upprättade planer). Finansiering till regioner och kommuner föreslås från statsbudgeten⁸.

Det anges att den utökade skyldigheten att upprätta individuell plan kan förväntas medföra en större tidsåtgång för administrativa planeringsinsatser och i vissa fall involvering av fler aktörer när planen upprättas. Tiden för att upprätta planen kommer dock variera mellan olika patienter, exempelvis baserat på att det inte alltid kommer vara de med medicinskt mest komplexa behov som kommer att vilja ha stöd i form av en individuell plan. Genom den samordnade planeringen förväntas dock den totala tidsåtgången för planeringsinsatser minska, och kvaliteten på vården öka. Ytterligare en ekonomisk aspekt är funktionaliteten i vårdgivarnas it-stöd. Även om funktioner för upprättande av individuella planer finns redan i dag för de patienter som också får socialtjänst, redovisar Region Skåne att det i samband med införandet av individuella planer för vissa patienter krävdes ett utvecklingsarbete, bl.a. för att anpassa rutiner och it-system, vilket kostat ca 5 miljoner kr. Utredningen bedömer emellertid att den absoluta majoriteten av it-stöden redan ska ha utvecklat funktionalitet för att upprätta individuella planer eftersom skyldigheten redan gäller för vissa patientgrupper.

Därutöver anges att flertalet av utredningens förslag om samverkan, individuella planer m.m. riktar sig till huvudmännen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Vissa av dessa behöver sedan omsättas i huvudmännens avtal med företag som utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Undantaget är förslaget till förtydligande kring samverkansansvar på utförarnivå, vilket träffar all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det anges att förslaget att fler ska få möjlighet att få en individuell plan beräknas påverka de privata utförarna på samma sätt som de offentliga. Likaså är privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inkluderade i de ekonomiska beräkningarna och finansieringsförslagen. Genom utredningens förslag att förtydliga och stärka kraven på samverkan anges det tydliggöras att samverkan är en central del i att bedriva hälso- och sjukvård utifrån god vård-principen och att förutsättningar för detta måste finnas. Tydligare reglering av samverkan anges kunna innebära att utförarna initialt måste avsätta mer tid för detta. Utredningen bedömer emellertid att bättre samverkan är tidsbesparande på sikt. Det anges kunna ha en viss påverkan på mångfalden av företag då vissa aktörer, p.g.a. storlek eller andra skäl, kan ha utmaningar att etablera och underhålla de samverkansstrukturer som behövs. Det anges emellertid inte vara några nya krav i grunden.

I konsekvensutredningen anges också att förslaget att ställa krav i lag på patientkontrakt åläggs huvudmännen en ny uppgift, därmed aktualiseras finansieringsprincipen. Utredningen föreslår att den initiala utvecklingskostnaden hanteras genom ett tillfälligt statsbidrag om 185 miljoner kr över 3 år (75 miljoner kr 2021, samt 55 miljoner kr per år 2022 och 2023). Därefter föreslås de löpande kostnaderna om 30 miljoner kr per år finansieras via anslag. Det anges också att förslag ökar behovet av it-system i vården som även kan tillhandahålla det. s.k. patientkontraktet, vilket kan förväntas skapa ökad

⁸ Se sid 190-191 i betänkandet.

efterfrågan på tjänster från hälso- och sjukvårdens it-leverantörer. Även om utredningen ovan har beskrivit och beräknat kostnaden för en nationell it-lösning anges att olika patientgruppen kommer att vilja interagera med sitt patientkontrakt på olika sätt, utifrån sina preferenser och möjligheter, vilket i sin tur anges skapa möjligheter för företagen att tillhandahålla sådana lösningar⁹. När det gäller de privata vårdgivarna anges att dessa kommer att träffas av skyldigheten att upprätta patientkontrakt på samma sätt som de offentliga. Olika regioner anges emellertid ha ställt olika krav på privata vårdgivare gällande it-lösningar. I de fall de privata vårdgivarna använder samma it-stöd som de offentliga kommer anpassningen av systemen inte kräva någon extra insats. I de fall där de privata utförarna har egna it-lösningar kommer dessa kräva särskilda utvecklingsinsatser. Det anges därför vara viktigt att den statliga finansieringen av it-utvecklingen som utredningen föreslår också når de privata utförarna för att säkerställa att alla patienter har möjligheter att få ett patientkontrakt, oavsett i vilken driftsform hälso- och sjukvården de får bedrivas.

Därutöver anges i konsekvensutredningen att det innebär kostnader för de privata vårdgivarna med offentlig finansiering att i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet ta emot studenter under utbildning, på motsvarande sätt som det medför kostnader för de verksamheter i egen regi¹⁰ som redan nu tar emot studenter. Resurser anges behöva avsättas för introduktion och handledning av studenten, liksom för eventuell handledarutbildning. Lokal och teknisk utrustning, såsom t.ex. dator och telefon, kommer behöva tillhandahållas. Behov av att utforma rutiner för mottagande av studenter kommer att finnas och resurser kommer behöva avsättas för utformande av omdöme eller betyg. Det anges sannolikt innebära en viss minskad produktion för den enskilde vårdgivaren. Hur mycket produktionen kommer att påverkas och hur stora kostnaderna för mottagandet blir, beror på faktorer såsom antalet mottagna studenter och längden på den verksamhetsförlagda utbildningen, men också på verksamhetens storlek och vårdgivarens tidigare erfarenheter av att ta emot studenter. De förslag som utredningen lämnar anges inte innebära att varje enskild vårdgivare ska tillhandahålla utbildningsplatser, utan reglerar regionernas och kommunernas skyldighet att ur ett helhetsperspektiv tillgodose behovet av utbildning. Eftersom det är regionerna och kommunerna i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården som utformar kraven på vårdgivarna anges det vara svårt att uppskatta vilka kostnader som de nu lämnade förslagen kommer innebära för de privata vårdgivarna. Det närmare kravställandet och ersättningen för insatserna är förbehållet regionerna och kommunerna. I de underlag som regionen eller kommunen utformar när den avser att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster får anges de närmare kraven kring hur och i vilken utsträckning vårdgivaren ska tillhandahålla sådana platser. Senast vid avtalstecknandet bör den ekonomiska ersättningen till vårdgivaren för mottagandet framgå. Kostnaderna för att ta emot studenter i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet kan därmed på förhand uppskattas av den vårdgivare som vill lämna anbud. Som exempel på redan befintligt kravställande om tillhandahållande av utbildningsplatser nämner förslagsställaren förfrågningsunderlaget avseende vårdvalet specialiserad öron-, näs- och halssjukvård inom Region Stockholm. Inom nämnda vårdval ska vårdgivarna för att få avtal med regionen, enligt vad som anges i förfrågningsunderlaget, tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsförlagd utbildning för vård- och medicinstuderande till de olika professioner som tjänstgör hos vårdgivaren. Vidare anges att vårdgivaren ansvarar för att utbildningsplatserna håller den kvalitet och den inriktning som följer examenskraven för respektive utbildning. De som handleder studenter ska ha handledarkompetens eller annan likvärdig pedagogisk utbildning och minst ha genomgått det webbaserade stöd för handledare inom verksamhetsförlagd utbildning som ges av Karolinska Institutet och nås via Vårdgivarguiden. Av förfrågningsunderlaget framgår också att vårdgivarna ersätts för platserna för verksamhetsförlagd utbildning i enlighet med av Stockholms läns landsting fastställd ersättning.

⁹ De företag som avses är en delmängd av de medicinteknikföretag som har beskrivits i avsnitt ovan om berörda företag.

¹⁰ Alltså i offentlig regi.

Ett annat exempel anges vara Vårdval Rehab inom Västra Götalandsregionen. Av förfrågningsunderlaget anges framgå att ett av kraven på vårdgivarna, för avtal med regionen, är att dessa ska tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning på grundnivå och avancerad nivå för de professioner som är verksamma vid enheten eller hos underleverantörer. Utbildningsplatser för andra yrkeskategorier än de som i huvudsak är verksamma vid enheten ska också tillhandahållas för studerande på yrkeshögskolor, studerande på omvårdnadsprogram, läkare under allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring. Vårdgivaren ersätts för mottagandet av studenter med 1 000 kronor per studentvecka. Dessa exempel anges kunna fungera som underlag för vårdgivarnas kostnader för mottagandet av studenter i sina verksamheter. Vilken eventuell merkostnad utredningens förslag innebär för en viss angiven vårdgivare anges emellertid inte kunna avgöras. Den beror på hur kraven avseende utbildningsplatser i en viss upphandling eller inom ett visst vårdval utformas och hur mottagandet av studenter ersätts av den specifika regionen eller kommunen. Kravet och ersättningen kommer dock vara känd för vårdgivaren på förhand och kostnaderna för mottagandet kommer därmed att kunna uppskattas och beräknas. Liksom andra parametrar i en regions eller kommuns upphandling eller vårdvalsförfarande kan ha betydelse för en viss vårdgivare i fråga om intresset att lämna anbud, kan kravställandet kring utbildningsplatser ha det för den enskilde vårdgivaren.

Det finns i konsekvensutredningen en uppskattning av kostnader för handledarutbildning. Således anges att för flertalet vårdprofessioner med medellånga vårdutbildningar (t.ex. fysioterapeut, sjuksköterska och arbetsterapeut) ges handledarutbildningar om 7,5 högskolepoäng. Det motsvarar fem veckors heltidsstudier, vilket därmed kan förväntas innebära produktionsbortfall och kostnader för arbetsgivaren motsvarande ungefär en månadslön. Genomsnittslönerna för flera av de aktuella yrkena (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist) är omkring 32 000 kronor per månad. Den totala lönekostnaden för arbetsgivaren är då ca 45 000 kronor per månad. Om varje hälso- och sjukvårdshuvudman (290 kommuner och 20 regioner) t.ex. skulle få ersättning motsvarande utbildning av ca 15 handledare (mer för stora huvudmän, mindre för små) per år, skulle det motsvara en kostnad om 209,25 miljoner kr per år (4 650 handledare per år à 45 000 kronor).

Det anges också i konsekvensutredningen att införandet av obligatoriska valfritetssystem inom fysioterapi och psykiatri (enligt det s.k. scenario 1) möjliggör etablering av flera företag inom dessa verksamheter, samtidigt som upphävandet av lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi innebär att andra etableringar försvinner. Det anges att många nuvarande aktörer på taxan kommer behöva avveckla sin verksamhet eller göra förändringar för att fortsätta bedriva den. När det gäller aktörer som idag är anslutna enligt lagen om offentlig upphandling (vilket i högre grad är inom psykiatri än inom fysioterapi) anges att obligatoriska vårdval av många uppfattas som en mer långsiktig anslutningsform än lagen om offentlig upphandling då utförarna vet att de kommer kunna fortsätta sin verksamhet om de uppfyller villkoren. Det kan därför uppfattas vara tryggare för företagen när det blir obligatoriskt att ha valfritetssystem för de aktuella verksamheterna. Under de första åren kan det komma att finnas regioner som redan har upphandlat och avtalat verksamheter (enligt lagen om offentlig upphandling) inom de aktuella områdena i kontrakt där avtalsperioden omfattar flera år till. Beroende på hur regionerna upprättar sina respektive vårdval kan dessa företag då avtalsperioden är slut, potentiellt kunna fortsätta utföra offentligt finansierad vård på olika sätt. Antingen genom att anpassa verksamheten till de nyetablerade vårdvalen och ansluta sig till dem, alternativt, om regionen fortsatt väljer att ha kvar viss verksamhet på enligt lagen om offentlig upphandling, genom att fortsatt ha möjlighet att delta i de upphandlingarna.

Förslagen anges ha stora konsekvenser för de enskilda företag som nu är anslutna enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. För att kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering anges att dessa kommer att behöva ansluta sig antingen genom ett vårdval eller genom en upphandling. Möjligheterna att göra detta ser olika ut för olika professioner, i

olika regioner och beroende på hur verksamheten är utformad. Om man ansluter sig genom ett annat system kan det vara andra förutsättningar för verksamheten med andra krav samt förändrade ersättningsnivåer. För de som inte har möjlighet eller inte vill ansluta sig till vårdval eller upphandlas så anges det antingen vara möjligt att bedriva sin verksamhet med privat finansiering eller avveckla denna.

Det anges att konsekvenserna för de fysioterapeuters företag som nu är anslutna genom lagen om ersättning för fysioterapi kommer se olika ut beroende på hur vårdvalsavtalen utformas. Med viss utformning av avtal så kan de aktuella företagen gå direkt över på vårdval. Avtalen kan också utformas så att det innebär förändrade förutsättningar för verksamheten och att företagen måste göra anpassningar för att uppnå kraven. Om vårdvalsavtalen har höga specifika krav på t.ex. tillgång till personal och lokal så kan det innebära att fysioterapeuterna som nu är aktuella på taxan inte har möjlighet att ansluta sig. Samtidigt kommer det som tidigare nämnts innebära att andra företag med andra utformningar kommer ha möjlighet att etablera sig.

Vidare anges att det även för psykiatrikerna kan bli olika konsekvenser beroende på hur avtalen utformas. De nuvarande psykiatriföretagen som är anslutna på taxan är främst enpersonsmyndigheter. För att dessa ska kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering så behöver avtalen i ett valfrihetssystem möjliggöra anslutning för enskilda psykiatriker. Detta anges innebära att vissa av de företag som nu är aktiva kan behöva avveckla sin verksamhet då förutsättningarna förändras. Samtidigt kommer det möjliggöra att flera företag kan etablera sig och att dessa kan etablera sig i ett mer enhetligt system. För fysioterapeuter och övriga läkarspecialiteter än psykiatriker så kommer de behöva avveckla sin verksamhet enligt övergångsbestämmelser. De kan fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering om ett vårdval finns som de kan ansluta sig till eller om regionen väljer att köpa deras tjänster via offentlig upphandling. Det skiljer sig mellan regionerna om vårdval finns. Det kan i vissa regioner tillkomma vårdval för att fånga upp detta men det är frivilligt. Då taxan avskaffas försvinner möjligheten att sälja sin etablering. Detta gäller dock själva samverkansavtalet med regionen. Det kommer fortsatt vara möjligt för ett företag att sälja t.ex. sin lokal, utrustning och därmed följande immateriella värden.

När det gäller förslaget till nytt kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården genom lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet (scenario 2) anges det att samma övergångsregler kommer att gälla för de verksamheter som bedrivs enligt de lagar som föreslås upphävas. Det anges också att eftersom det reformerade system som föreslås inbegriper etablering i glesbygd, och aktörerna som verkar med stöd av lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi idag i stor utsträckning verkar i storstadsområden, kommer det med stor sannolikhet vara andra individer än dagens aktörer som kommer verka med stöd av den nya lagen. Att ansluta en ny aktör via den föreslagna anslutningsformen anges innebära både högre kostnader för ersättning till den anslutne och högre administrativa kostnader för regionen än att anställa någon. Det anges därför att regionerna förväntas endast använda denna etablering i särskilda fall. Regionen anges endast ha användning för den nya anslutningsformen i specifika fall då det finns ett avgränsat uppdrag och tydligt behov av geografisk tillgänglighet. Det anges att regionerna kan välja att använda denna anslutningsform när de har svårt att rekrytera. Nationellt bestämd ersättning samt längre avtalstider anges gör den föreslagna anslutningsformen mer attraktiv för egenföretagare än enligt lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem. Det anges emellertid främst vara viljan och benägenheten att verka i de aktuella områdena som ligger till grund för den bristande tillgången. Även om den föreslagna anslutningsformen är mer attraktiv handlar det ändå i praktiken om få individer som kommer söka sig till den på grund av områdenas karaktär. I en tabell i betänkandet redovisas vad ersättning enligt den nationella taxan uppgår till idag, som en avspeglning av kostnaderna för att bedriva verksamhet och skälig ersättning. Det anges också att ett ersättningssystem enligt förslaget skulle kunna medföra andra nivåer, eftersom dagens taxa avspeglar verksamheter som är i andra områden (i

högre grad storstad än glesbygd). I tabellen anges att maximal ersättning för fysioterapeut år 2020 var lite drygt 1,2 miljoner kr medan genomsnittlig utbetald ersättning 2018 var knappt 850000 kr. För psykiatriska specialiteter anges maximal ersättning år 2020 vara knappt 2,9 miljoner kr medan genomsnittligt utbetald ersättning var knappt 1,2 miljoner kr. I tabellen anges även motsvarande värden för en rad andra specialiteter.

Det anges att införandet av en ny form av anslutning i glesbygd med statlig delfinansiering möjliggör ett ökat företagande inom vården i glesbygd. Den föreslagna anslutningsformens anpassning till just småföretagande och dess långa anslutningstider anges göra den mer säker och gynnsam för mindre egenföretagare än befintliga alternativ. Vidare anges att de etableringar som uppkommer även kommer få positiva effekter för företagandet generellt i glesbygdsområdena då en bättre vårdtillgång höjer områdets attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft.

Anslutning via lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem anges ofta ställa höga krav på antal anställda, storlek på lokaler och ekonomiska förutsättningar. Dessa krav anges ha lett till att det främst är stora företag som har möjlighet att ansluta sig till dessa system. Nationella taxan har med sina lägre krav anges ha möjliggjort för små företag att ansluta sig till den offentligt finansierade vården. Nationella taxans utformning har dock i förlängningen lett till negativa effekter för företagen då det skapat en ojämn konkurrenssituation, varit oproportionerligt resurskrävande och få individer har kunnat ansluta sig. Den föreslagna nya anslutningsformen anges använda sig av delar av nationella taxan som uppfattats som positiva, såsom anslutningskrav anpassade för små aktörer och långa anslutningstider, men avser undanröja en del av den problematik som uppkommit till följd av taxans föråldrade konstruktion. Detta anges möjliggöra fortsatt egenföretagande på liknande villkor, dock i avgränsade områden. Det faktum att detta förslag är avgränsat till glesbygdsområden gör att det, som nämnts, sannolikt inte är samma individer eller samma mängd egenföretagare som nu. Det bedöms handla om förhållandevis få individer och företag.

Utifrån utredningens beräkning av en proportionerlig fördelning av resurser över landet så är fysioterapeuter den största gruppen som denna anslutningsform skulle vara aktuell för. Fysioterapeuter är också den grupp som för nuvarande är störst på nationella taxan. Fysioterapeuter har också goda möjligheter att utföra sin verksamhet i en mindre organisation såsom enpersonsomtagningar eller flera samlokaliserade enpersonsomtagningar.

Regelrådet gör följande bedömning. Det finns viss information om påverkan på företagens kostnader. Det är exempelvis värdefullt att det anges en total kostnad för det tillkommande kravet om individuell plan och även för individuella kontrakt. Dessa totala kostnader inkluderar emellertid åtskilligt annat än företags kostnader och ger således inte någon särskilt tydlig bild av kostnadsförändringarna för de privata vårdgivarna, annat än att de utgör en delmängd av de aktuella beloppen. Det framgår också att dessa kostnader – eller ersättning för dem - förväntas bli finansierade via statsbudgeten. Det finns emellertid också andra merkostnader som anges, exempelvis vissa merkostnader för verksamhetsförlagd utbildning. Där konstaterar Regelrådet att det är värdefullt att det finns viss information om förutsättningar i Stockholmsregionen och Västra Götalandsregionen. Regelrådet har visserligen förståelse för att det inte går att förutse exakt vad utfallet kan bli nationellt. Frågan är emellertid om det hade varit möjligt att tydligare redovisa hur de aktuella kostnaderna ser ut i Stockholmsregionen och Västra Götalandsregionen, för vilka det såvitt Regelrådet kan förstå har varit möjligt att få tillgång i alla fall till vissa uppgifter. Om detta hade gjorts och redovisats så hade det gett en tydligare bild. Det är värdefullt att det finns en bedömning när det gäller handledningskostnader. Det saknas vidare helt kvantifiering av eventuella kostnadsförändringar för berörda företag till följd av de alternativa förslagen för att ersätta den nationella taxan. Sammantaget finner Regelrådet att även om det finns viss värdefull information är det inte möjligt att få någon uppfattning om vare sig den totala

kostnaden för alla berörda företag eller den totala kostnaden per företag till följd av förslagen. Det är tydligt att vissa kostnader kommer att kompenseras, men framför allt kostnader för omställning till följd av förändringarna i ersättningsystem ingår såvitt Regelrådet kan förstå inte i detta. Regelrådet har visserligen förståelse för svårigheterna att bedöma kostnadsförändringarna men finner att det borde ha kunnat redovisas tydligare. Det är inte heller tydligt vad effekten på den ersättning som betalas ut till psykiatrer och fysioterapeuter kommer att bli, även om någon indikation ges genom redovisningen av vad ersättning enligt nationella taxan är idag. Eftersom det samtidigt framgår att det i vart fall kommer bli väsentligt annorlunda förutsättningar (p.g.a. inriktningen mot mer glest befolkade områden) med den lösning som benämns scenario 2 är det emellertid oklart hur relevant den informationen är. Det finns viss annan information om verksamhetspåverkan som i förekommande fall är värdefull, men som helhet är inte heller beskrivningen av påverkan på företagets verksamhet tillräcklig.

Regelrådet finner redovisningen av påverkan på företagets kostnader och verksamhet bristfällig.

Påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag

I konsekvensutredningen anges att förslaget om obligatoriska valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri (scenario 1) har vissa effekter för företag som redan är anslutna inom ramen för valfrihetssystem. Således anges att förslaget innebär en rättvis konkurrenssituation mellan aktörer med ett enhetligt system på samma grunder. I nuvarande system där lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi tillämpas parallellt så skiljer sig ersättning och villkor baserat på vilken form av anslutning aktören har. Exempelvis så får i nuläget en fysioterapeut på den nationella taxan i Stockholm högre ersättning per timme än en fysioterapeut ansluten genom vårdval.

Det anges också att för fysioterapeuter som idag är anslutna enligt lagen om ersättning för fysioterapi kommer obligatoriskt vårdval innebära mer likvärdiga möjligheter att ansluta sig och en mer likvärdig konkurrens då alla kommer vara på samma system. Det anges att fysioterapeuternas professions- och fackförbund har framfört kritik mot valfrihetssystemen för fysioterapeuter. De anser bl.a. att avtalstiderna är för korta och att kraven som ställs i vårdvalsavtalen så som de är utformade nu främst gynnar större aktörer och gör det svårt för småföretagare.

I konsekvensutredningen anges också avseende den föreslagna nya anslutningsformen (scenario 2) att även företag som är aktiva i glesbygden eller i närheten till den, anslutna via lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem, påverkas när den formen införs. Det anges finnas en potentiell problematik med konkurrens då den statliga finansieringen kan göra detta system mer attraktivt för regionen att använda. Detta kan uppfattas som missgynnade för aktörer i dessa områden som inte kan ansluta sig genom den nya formen. I praktiken bedömer utredningen detta vara ett försumbart problem eftersom glesbygdsområdenas avgränsning gör att det endast kan användas under väldigt specifika omständigheter där det för närvarande saknas aktiva aktörer eller en attraktiv marknad. Den nya anslutningsformen anges vara avgränsad till små mottagningar med nationellt bestämd ersättning. Dessa anges inte kunna uppfylla samma behov som större mottagningar med flera professioner vilket är de som är aktuella för anslutning enligt annan lagstiftning. Det anges därmed i praktiken inte finnas en konkurrenssituation då de stora mottagningar som finns nu uppfyller ett annat behov som kommer kvarstå även efter införandet av den nya anslutningsformen.

Regelrådet gör följande bedömning. Det finns en relevant och värdefull beskrivning av hur företag med olika förutsättningar kan påverkas av förslaget att avveckla den nationella taxan och ersätta antingen med förslag enligt scenario 1 eller 2. Däremot kan inte Regelrådet finna mycket information om i vilken mån företag kan ha olika förutsättningar att anpassa sig efter andra delar av utredningens förslag. Arbete med att ta fram individuella planer och att erbjuda platser för verksamhetsförlagd utbildning

skulle exempelvis kunna tänkas vara lättare att hantera för större än för mindre företag. Även om det är möjligt att förslag om att på olika sätt ersätta dagens nationella taxa kan ha större koppling till konkurrensförhållandena för företag borde beskrivningen ha varit tydligare i dessa avseenden.

Regelrådet finner redovisningen av förslagets påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag bristfällig.

Regleringens påverkan på företagen i andra avseenden

Inget anges om regleringens påverkan på företagen i andra avseenden.

Eftersom konsekvensutredningen inte i alla avseenden kan anses vara tydlig när det gäller konsekvenser för företag kan det inte på förhand uteslutas att påverkan på företagen i andra avseenden finns och avsaknaden av information är därför en brist.

Regelrådet finner redovisningen av regleringens påverkan på företagen i andra avseenden bristfällig.

Särskilda hänsyn till små företag vid reglernas utformning

Det anges, vilket har refererats ovan, att den föreslagna nya anslutningsformen (scenario 2) bedöms ge bättre förutsättningar för små företag och egenföretagande.

Regelrådet gör följande bedömning. Det framgår av konsekvensutredningen att i vart fall en del av förslaget har utformats på ett sätt som avses ta särskilda hänsyn till små företag. Beskrivningen är tillräcklig.

Regelrådet finner redovisningen av särskilda hänsyn till små företag vid reglernas utformning godtagbar.

Sammantagen bedömning

Regelrådet finner att konsekvensutredningen i vissa avseenden håller tillräcklig kvalitet. Beskrivningen av alternativa lösningar är tydlig. Det finns emellertid brister i beskrivningen av påverkan på företagens kostnader, verksamhet och konkurrensförhållandena för företag som gör att helheten inte kan anses tillräcklig.

Regelrådet finner därför att konsekvensutredningen inte uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Stöd till regelgivare i konsekvensutredningsarbetet finns i [Tillväxtverkets handledning för konsekvensutredning](#).

Regelrådet behandlade ärendet vid sammanträde den 19 augusti 2020.

I beslutet deltog Elisabeth Thand Ringqvist, ordförande, Hanna Björknäs, Claes Norberg, Lennart Renbjer och Lars Silver.

Ärendet föredrogs av Per Högström.



Elisabeth Thand Ringqvist
Ordförande



Per Högström
Föredragande