Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården

Ds 2022:15

Regeringskansliet
Socialdepartementet

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0436-9 (tryck)
ISBN 978-91-525-0437-6 (pdf)
ISSN 0284-6012

Förord

Socialministern, statsrådet Lena Hallengren, gav den 8 februari 2022 juristen Sofi Nyström i uppdrag att ta fram förslag på reglering av privata sjukvårdsförsäkringar inom den helt eller delvis offentligt finansierade vården. Förslagen ska komplettera de författningsförslag som har lagts fram i betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80). Juristen Stina Lempert Taxén har sedan den 3 mars 2022 arbetat som sekreterare i uppdraget.

Härmed överlämnas promemorian *Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården* (Ds 2022:15). Uppdraget är med detta slutfört.

Stockholm i juli 2022

Sofi Nyström

/ Stina Lempert Taxén

Innehåll

Förord **1**

Sammanfattning **7**

1 Författningsförslag **9**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 9

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 11

2 Utredningens uppdrag och arbete **13**

2.1 Uppdraget 13
2.1.1 Uppdragets innehåll 13
2.1.2 Utredningens arbete 14

2.2 Begrepp som används i promemorian 15

3 Gällande rätt **19**

3.1 Målbestämmelser för hälso- och sjukvården 19

3.2 Om remittering 20

3.3 Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn 21

3.4 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården 22
3.4.1 Regionens överlämnande av uppgifter till någon annan 23

3.5 Den kommunala självstyrelsen 24

3.6 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet 25

3.7 Etableringsfriheten inom EU 25

4 Tidigare regler och förslag 27

4.1 Tidigare regler om privat finansiering 27

4.2 Tidigare förslag om privata sjukvårdsförsäkringar 28
4.2.1 SOU 2021:80 28

5 Behov av nya regler 33

5.1 Utgångspunkter i utredningens uppdrag 33

5.2 Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 34

5.3 Förstudie från Inspektionen för vård och omsorg 37

5.4 Överväganden i SOU 2021:80 38

5.5 Utredningens bedömning av behov av nya regler 39

6 Utredningens förslag 43

6.1 Det ska inte längre vara möjligt att bedriva offentligt finansierad vård och ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring för samma sorts vård 43

6.2 Vårdgivare som har avtalat om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring ska inte få remittera till den offentligt finansierade vården 50

6.3 Inspektionen för vård och omsorgs möjligheter att vidta åtgärder 55

6.4 Förslagens påverkan på den kommunala självstyrelsen 57

6.5 Förslagens förenlighet med rätten till egendomsskydd och näringsfrihet 58

6.6 Förslagens förenlighet med etableringsfriheten och unionsrätten i övrigt 60

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 63

8 Konsekvenser av förslagen 67

8.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar ... 67
8.2 Konsekvenser för patienter ... 70
8.3 Konsekvenser för företag ... 71
8.3.1 Privata vårdgivare ... 71
8.3.2 Försäkringsbolag ... 77
8.3.3 Arbetsgivare och organisationer ... 78
8.4 Konsekvenser för regionerna ... 79
8.5 Konsekvenser för staten ... 81
8.5.1 Inspektionen för vård och omsorg ... 81
8.5.2 Domstolarna ... 81
8.6 Konsekvenser för jämställdheten ... 82
8.7 Övriga konsekvenser ... 83

9 Författningskommentar ... 85

9.1 Förslaget om lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 85
9.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 87

Referenser ... 91

Sammanfattning

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Dessa principer, människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, följer av nationell rätt och utgör de två första principerna i den etiska plattform som ska styra beslut om prioriteringar i vården. Människovärdesprincipen innebär att det bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden. Behovs- solidaritetsprincipen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att privata sjukvårdsförsäkringar inte på ett negativt sätt påverkar möjligheten att upprätthålla de nämnda principerna inom den offentligt finanseriade vården. Privata vårdgivare som erbjuder vård på uppdrag av försäkringsbolag ska enligt avtal med försäkringsbolagen garantera patienter som omfattas av en sjukvårdsförsäkring vård inom vissa uppställda tidsgränser. Den väntetid som garanteras patienterna med försäkring är i regel betydligt kortare än vad som gäller för patienter inom den offentligt finansierade vården. När en privat vårdgivare bedriver offentligt finansierad vård och samtidigt erbjuder samma sorts vård till patienter med sjukvårdsförsäkring finns därför en risk för att de patienterna får en bättre tillgång till hälso- och sjukvården, i strid med människovärdesprincipen. Detta är särskilt problematiskt när det på grund av försäkringsbolagens

krav inte är möjligt för hela befolkningen att på samma villkor teckna en privat sjukvårdsförsäkring. För att i möjligaste mån förhindra att detta kan förekomma föreslår utredningen att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region om att bedriva offentligt finansierad vård inte ska få erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt ska regionerna inte få överlämna uppgifter avseende hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet med regionen omfattar till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Utredningen föreslår vidare att en privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring inte ska få remittera till den offentligt finansierade vården. För att i möjligaste mån säkerställa att förslagen följs föreslår utredningen slutligen att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska få förelägga en privat vårdgivare som bryter mot bestämmelserna som riktar sig mot vårdgivare, att vidta åtgärder för att följa de bestämmelserna.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)
dels att 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas två nya paragrafer, 7 kap. 28 b och 28 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	28 b §
	Om en privat vårdgivare bryter mot 5 kap. 9 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om förbud mot att erbjuda vård som finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring får Inspektionen för vård och omsorg förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder för att följa den bestämmelsen. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.
	28 c §
	Om en privat vårdgivare bryter mot 5 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om remittering och vårdgivarens

ansvar får Inspektionen för vård och omsorg förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder för att följa bestämmelserna i den paragrafen. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Lydelse enligt prop. 2021/22:260	*Föreslagen lydelse*
10 kap.	
13 §	
Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller	
1. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,	
2. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse	
3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att göra anmälan,	
	4. föreläggande enligt 7 kap. 28 b eller 28 c § att vidta åtgärder,
4. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller	*5.* förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller
5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.	*6.* förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.
Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.	
Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.	

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

2. Bestämmelserna i 7 kap. 28 c § ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

3. Bestämmelserna i 10 kap. 13 § första stycket 4 ska i fråga om föreläggande enligt 7 kap. 28 c § tillämpas från och med den 1 januari 2026.

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas tre nya paragrafer, 5 kap. 9 och 10 §§ och 15 kap. 3 §, och närmast före 5 kap. 9 § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 kap.
	Särskilt om privata sjukvårdsförsäkringar
	9 §
	En privat vårdgivare som har slutit avtal med en region enligt 15 kap. 1 § får inte erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars hälso- och sjukvård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.
	10 §
	En privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars hälso- och sjukvård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring får inte remittera en patient till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker.

15 kap.

3 §

Regionen får inte överlämna uppgifter enligt 1 § till en privat vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars hälso- och sjukvård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

2. Bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. För avtal som har ingåtts enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem ska bestämmelserna dock tillämpas senast från och med den 1 januari 2026.

3. Bestämmelserna i 5 kap. 10 § ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

Utredningen ska ta fram förslag på reglering som kan komplettera de författningsförslag som har lagts fram i betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll, SOU 2021:80. SOU 2021:80 överlämnades till regeringen i oktober 2021 av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar, som i sin tur har haft i uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället samt lämna förslag som begränsar sådan påverkan (se direktiv 2020:83).

2.1.1 Uppdragets innehåll

Den här utredningen ska enligt sitt uppdrag lämna förslag på reglering som i möjligaste mån innebär

- att en privat vårdgivare som ingår avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region, och därmed bedriver offentligfinansierad vård, inte får ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring för sådan vård som avtalet med regionen avser, och
- att offentligfinansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare endast om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård.

I utredningens uppdrag anges att utredningen särskilt ska beakta hur förslagen förhåller sig till de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Utredningen ska även ta hänsyn till rätten till näringsfrihet och egendomsskydd samt etableringsfriheten inom EU. Dessutom ska proportionaliteten av förslagen klargöras. Utredningen bör vidare föreslå nödvändiga författningsförändringar för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) så att den myndigheten kan bedriva en träffsäker och effektiv tillsyn.

Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska utredningen beskriva de konsekvenser och avvägningar som har gjorts, liksom konsekvenserna för berörda aktörer och individer samt hur förslagen påverkar jämställdheten. Vid behov ska finansieringsförslag lämnas. Effekterna för privata vårdgivare och aktörer som erbjuder försäkringslösningar ska belysas särskilt samt om lika villkor kommer att gälla för privata och offentliga aktörer. Den fullständiga uppdragsbeskrivningen finns i *bilaga 1*.

2.1.2 Utredningens arbete

Utredningsarbetet inleddes den 14 februari 2022 och har utförts utan särskild expert- eller referensgrupp. I arbetet med att utreda konsekvenserna av förslagen har analytikern Nina Öhrn Karlsson bistått. Arbetet har i övrigt framför allt bestått i att analysera det nuvarande rättsläget, tidigare utredningar och förslag, myndighetsrapporter samt den information och de författningsförslag som lämnats i SOU 2021:80. Utredningen har också särskilt beaktat regeringens proposition Ökad kontroll i hälso- och sjukvården som den 9 juni 2022 lämnades över av regeringen (prop. 2021/22:260). Propositionen innehåller delar av de förslag som lades fram i SOU 2021:80.

Utredningen har haft möten med företrädare för Landsorganisationen i Sverige (LO), Svensk Försäkring, Svenska Privatläkarföreningen, Sveriges Företagshälsor, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkarförbund samt Vårdföretagarna. Utredningen har härtill haft kontakter med IVO, Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten.

2.2 Begrepp som används i promemorian

Eftersom utredningen ska lämna förslag som ska komplettera de författningsförslag som har lämnats i SOU 2021:80 används som utgångspunkt de begrepp som används i det betänkandet med samma innebörd i denna promemoria. Begrepp som är särskilt relevanta för utredningen beskrivs kortfattat nedan.

Utredningens definition av privat sjukvårdsförsäkring är inte hämtad direkt från SOU 2021:80. Inte heller definitionen av begreppet remittera, eftersom någon sådan definition inte finns där. Definitionen av privat vårdgivare har formulerats med beaktande av vad som anges i prop. 2021/22:260.

Den etiska plattformen och dess principer

Den etiska plattformen, som infördes 1997 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:76), ska styra beslut om prioriteringar i vården (se prop. 1996/97:60). Plattformen utgörs av tre grundläggande principer. Den första principen är människovärdesprincipen. Den innebär i korthet att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den andra principen, behovssolidaritetsprincipen, innebär att vårdens resurser bör fördelas efter behov. Den tredje principen är kostnadseffektivitetsprincipen. Den innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. De tre principerna är reglerade i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § HSL och beskrivs närmare i det kommande kapitlet om gällande rätt, avsnitt 3.1.

Huvudman

Med huvudman avses i 2 kap. 2 § HSL den region eller den kommun som enligt den lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. I bestämmelsen anges att inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. En region kan bedriva hälso- och sjukvården i egen regi och är då både huvudman och

vårdgivare. Regioner och kommuner får också med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen respektive kommunen ansvarar för (15 kap. 1 § HSL).

Offentligt finansierad vård

Med offentligt finansierad vård avser utredningen sådan vård som bedrivs av regionen i egen regi och betalas med offentliga medel, bl.a. skatt och statsbidrag. Med offentligt finansierad vård avses även sådan vård som regionen, enligt avtal, överlämnat till en privat vårdgivare att utföra och som betalas av regionen. Däremot är inte sådan verksamhet som en privat vårdgivare utför men inte på uppdrag av regionen offentligt finansierad. Det innebär att en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan utföra både vård som är offentligt finansierad och vård som inte är offentligt finansierad.

Privat sjukvårdsförsäkring

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som den enskilde eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. Sjukvårdsförsäkringen ger tillgång till privat sjukvård vid sidan av den offentligt finansierade vården. Vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs alltså av privata vårdgivare. Försäkringen kan även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, som patientavgifter (prop. 2017/18 :131 s. 16 f.). Den vård som sker inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring måste godkännas av försäkringsbolaget, som betalar för vården. Försäkringsbolaget får i sin tur ersättning genom de premier som försäkringstagarna betalar. En närmare beskrivning av försäkringsbolagens villkor för att teckna en privat sjukvårdsförsäkring och vad en sådan generellt omfattar finns i avsnitt 4.2.1 (se även kap. 5 i SOU 2021:80).

Remittera

En vårdgivare kan remittera en patient till en annan vårdgivare. Det innebär att vårdgivaren utfärdar en remiss, dvs. en handling om patienten som utgör en beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar. Genom remitteringen får patienten därmed tillträde till en annan vårdgivare än den vårdgivare som har utfärdat remissen. Befintliga bestämmelser om remittering behandlas i avsnitt 3.2.

Vårdgivare och privat vårdgivare

Med vårdgivare avses den som bedriver hälso- och sjukvården, oavsett om det är en region som gör det i egen regi, om det är en privat vårdgivare som bedriver vården på uppdrag av regionen eller om vården bedrivs av en privat aktör utan uppdrag från regionen.

När begreppet privat vårdgivare används i denna promemoria avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande (jfr prop. 2021/22:260 s. 13 f.). En privat vårdgivare kan t.ex. vara en enskild individ, ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk eller ideell förening eller en stiftelse, men alltså inte exempelvis ett hel- eller delägt kommunalt bolag eller en kommunal stiftelse eller förening. En privat vårdgivare kan inte vara huvudman för hälso- och sjukvården enligt HSL.

3 Gällande rätt

Utredningen har fått i uppdrag att ta fram förslag på regler som i huvudsak innebär ett förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården. Det finns i nuläget inte några sådana regler. Utredningens förslag ska komplettera de författningsförslag som har lagts fram i SOU 2021:80. I betänkandet finns en redogörelse för lagstiftning och andra regler som i olika utsträckning berör de frågeställningar som den här utredningen ska ta ställning till (se kap. 3 i SOU 2021:80). Nedan ges en översiktlig beskrivning av de regler som är mest centrala för utredningens uppdrag, bedömning av behovet av nya regler och förslag.

3.1 Målbestämmelser för hälso- och sjukvården

Målbestämmelser för svensk hälso- och sjukvård finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Där anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Dessa principer, människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen utgör de två första principerna i den etiska plattformen.

Att vård ska erbjudas på lika villkor innebär enligt förarbetena till HSL att det i princip bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller

eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden (prop. 1981/82:97 s. 27 f och 114).

Principen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, behovs-solidaritetsprincipen, ska ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och vara vägledande i det direkta vårdarbetet (SOU 2001:8 s. 107 och SOU 2021:80 s. 76).

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vidare vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna i den etiska plattformen. Den innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (prop. 1996/97:60 s. 18 och 21).

3.2 Om remittering

En vårdgivare kan remittera en patient till en annan vårdgivare. Genom remitteringen får patienten tillträde till en annan vårdgivare än den vårdgivare som har utfärdat remissen.

Begreppet remiss definieras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. Där anges att en remiss är en handling om en patient som utgör en beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar (2 §). Av föreskrifterna följer att det är vårdgivaren som ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras (3 §). Verksamhetscheferna för den remitterande respektive mottagande enheten ska sedan fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamhetsområdet, för utgående och inkommande remisser samt inkommande och utgående remissvar (4 och 5 §§).

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, anges att en region får kräva remiss för vård hos en privat verksam läkare med specialistkompetens under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist inom regionen. Remiss får inte krävas för läkarvård inom verksamheter som avser barnmedicin,

gynekologi eller psykiatri (3 §). Att regionen även kan införa remisskrav för en fysioterapeut framgår av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF (3 §). Några närmare bestämmelser om just remittering finns varken i HSL eller i andra lagar och förordningar som reglerar förhållandena inom hälso- och sjukvården. Målen med hälso- och sjukvården gäller dock för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. En vårdgivare ska därför även vid remittering tillförsäkra en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt säkerställa att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (jfr 3 kap. 1 § HSL).

Regionerna har olika remissregler vilket innebär att det skiljer sig åt i vilken situation en patient kan behöva en remiss för att få tillgång till exempelvis specialistläkare (se bl.a. Sveriges Kommuner och Regioners, SKR, sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård[1]).

3.3 Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn

Hälso- och sjukvården står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med IVO:s tillsyn är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen (2 § förordningen [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg). Tillsynen ska framför allt inriktas på granskning av att vårdgivare fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. I det kapitlet finns bestämmelser om att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ge patienterna samt deras närstående möjlighet att

[1] SKR:s webbplats den 2 juni 2022, https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html.

delta i patientsäkerhetsarbetet (se 3 kap. 1–4 §§ och 7 kap. 1 och 3 §§ PSL).

IVO har möjlighet att vidta åtgärder mot vårdgivare. Den som bedriver verksamhet som står under IVO:s tillsyn är exempelvis skyldig att på begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten samt lämna de upplysningar om verksamheten som behövs för tillsynen. IVO kan förelägga en vårdgivare att lämna vad som behövs och förena ett sådant föreläggande med vite (7 kap. 20 § PSL). Ett annat exempel är om myndigheten anser att en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL och det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra. IVO ska då, om det inte är uppenbart obehövligt, förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter. Även ett sådant föreläggande får förenas med vite (7 kap. 24 § PSL).

Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till IVO. IVO ska föra ett register över samtliga anmälda vårdgivare, ett s.k. vårdgivarregister (2 kap. 1 och 4 §§ PSL). En vårdgivare som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet utan att ha gjort en sådan anmälan kan dömas till böter (10 kap. 1 § PSL).

3.4 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården

Det är regionerna som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och vissa andra. Regionerna ska även i övrigt verka för god hälsa hos befolkningen (se 8 kap. HSL). Regionerna får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter inom hälso- och sjukvården som regionen ansvarar för, utom uppgifter som innefattar myndighetsutövning (15 kap. 1 § HSL). Regionerna har alltså möjlighet att lämna över uppgiften att utföra hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare men har vid ett sådant överlämnande fortfarande kvar det övergripande ansvaret för vården.

Hur regionernas hälso- och sjukvård ska finansieras är inte reglerat i detalj. Regionerna har dock rätt att ta ut skatt för skötsel av sina angelägenheter (14 kap. 4 § regeringsformen, RF). Hälso-

och sjukvården är en sådan angelägenhet. Regeringen har vidare uttalat att den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter (prop. 2016/17:166 s. 14). Regionerna får också ta ut avgifter från patienterna inom hälso- och sjukvården (17 kap. HSL och 2 kap. 5 § kommunallagen [2017:725]).

3.4.1 Regionens överlämnande av uppgifter till någon annan

Regionerna kan som nämnts lämna över uppgiften att utföra hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare. Avtal om överlämnande enligt 15 kap. 1 § HSL ingås som huvudregel i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

LOV blir tillämplig när en region bestämt sig för att inrätta ett vårdvalssystem. Regionen ska då godkänna samtliga vårdgivare som har ansökt om att delta och uppfyller de krav som ställs i förfrågningsunderlaget, samt utan dröjsmål sluta avtal med respektive vårdgivare (8 kap. 1 och 3 §§ LOV). Det är sedan upp till patienterna att välja vilken av dessa vårdgivare som de vill vända sig till. För den hälso- och sjukvård som regioner inte har inrättat ett vårdvalssystem för tillämpas LOU. Det är då den eller de vårdgivare som vinner en offentlig upphandling som sluter avtal med regionen. Alla vårdgivare ska ha möjlighet att tävla om kontraktet på samma villkor och regionens val ska utgå från den som erbjuder den bästa tjänsten till bäst villkor (se kap. 16 och 17 LOU). LOU bygger på Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG och ska därför alltid tolkas i ljuset av tillämplig unionsrätt. Offentliga upphandlingar kan göras som ett komplement till ett LOV-förfarande. Om värdet för upphandlingen inte överstiger ett tröskelvärde för en direktupphandling skulle det eventuellt även kunna förekomma att regionen genom en sådan överlämnar uppgifter med stöd av 15 kap. 1 § HSL (se 19 a kap. 2 § LOU).

Den upphandlande regionen ska både vid upphandling med stöd av LOU och LOV behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iaktta principerna om öppenhet,

ömsesidigt erkännande och proportionalitet (1 kap. 2 § LOV och 4 kap. 1 § LOU). Detta är principer som följer av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, FEUF (se även t.ex. HFD 2018 ref. 60 och EU-domstolens dom den 17 september 2002 i mål nr C-513/99, om likabehandlingsprincipen).

Uppdrag från regionen kan härtill överlämnas till privatpraktiserande läkare eller fysioterapeuter enligt LOL respektive LOF.

3.5 Den kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen fastställs i RF. Där anges att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund inom ramen för nationella bestämmelser. På samma grund sköter kommunerna de övriga angelägenheter som bestäms i lag (14 kap. 2 § RF). Principen om den kommunala självstyrelsen omfattar regionerna (se 1 kap. 7 § RF).

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap. 3 § RF). Inför införandet av en ny reglering som inskränker den kommunala självstyrelsen behöver därför en proportionalitetsbedömning göras. Om det finns olika möjligheter att nå samma mål bör den reglering som ingriper minst i den kommunala självbestämmanderätten väljas. Syftet med den här proportionalitetsbedömningen är enligt förarbetena att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Den slutliga bedömningen av om proportionalitetskravet är tillgodosett görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget (prop. 2009/10:80 s. 212 f.).

3.6 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

Att varje medborgares egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen följer av svensk grundlag (2 kap. 15 § RF). Egendomsskyddet fastställs också genom den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (Europakonventionen). Där anges att varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom och att ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse samt under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Bestämmelsen i Europakonventionen inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten bedömer nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse (art. 1 i första tilläggsprotokollet till Europakonventionen). Med egendom avses här inte bara fast och lös egendom, även bl.a. ekonomiska intressen och legitima förväntningar avseende utövande av näringsverksamhet kan omfattas av skyddet (se Europadomstolens vägledning[2] s. 8 och 14 samt Grundlagsutredningens betänkande En reformerad grundlag del 1 [SOU 2008:105] s. 431).

Av RF följer att näringsfriheten bara får inskränkas för att skydda angelägna allmänna intressen. En sådan inskränkning får aldrig ske med det enda syftet att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag (2 kap. 17 § RF).

3.7 Etableringsfriheten inom EU

Enligt EU-rätten har medborgare i en medlemsstat rätt att fritt etablera sig på en annan medlemsstats territorium. Denna etableringsfrihet innefattar en rätt att starta och utöva verksamhet som egenföretagare samt rätten att bilda och driva företag på samma villkor som gäller i det aktuella landets lagstiftning vad avser etablering för de egna medborgarna (art. 49 FEUF). Genom unionsrätten fastställs dessutom friheten för egenföretagare och fria yrkesutövare eller juridiska personer att tillhandahålla tjänster på

[2] Europadomstolen, Guide on Article 1 of Protocol No. 1 to the European Convention on Human Rights, Protection of property, uppdaterad den 31 december 2021.

samma villkor som medlemsstaten fastställt för sina egna medborgare (art. 56 FEUF).

4 Tidigare regler och förslag

4.1 Tidigare regler om privat finansiering

Frågan om privat finansiering inom den offentligt finansierade vården har reglerats tidigare.

Genom den tidsbegränsade lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, inskränktes regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning. Lagen gällde åren 2001 och 2002 och innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent (se prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6 och bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122).

Genom senare ändringar i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fick uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte överlämnas till någon annan. Om regionen överlämnade driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan skulle ett sådant avtal innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering samt vårdavgifter (se prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18 och rskr. 2004/05:300.). Det innebar, enligt förarbetena, att den som drev ett sjukhus för landstingets räkning inte kunde skaffa sig intäkter från patienter med en privat sjukvårdsförsäkring inom ramen för den överlåtna verksamheten (prop. 2004/05:145 s. 55). Ändringarna infördes den 1 januari 2006. Efter regeringsskiftet 2006 upphävdes regleringen och bestämmelserna återfick den lydelse de hade innan ändringarna infördes (se prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152).

4.2 Tidigare förslag om privata sjukvårdsförsäkringar

År 2017 överlämnande regeringen en proposition till riksdagen med förslag på regler om privata sjukvårdsförsäkringar. Regeringen föreslog en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, med innebörden att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet fick hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring bara om människovärdesprincipen och behovs- solidaritetsprincipen inte åsidosattes. Regeringen föreslog också en bestämmelse om att regionernas avtal om överlämnande av uppgifter enligt 15 kap. HSL skulle innehålla villkor om det här nya kravet (se prop. 2016/17:166).

Lagrådet ansåg att det inte var visat att den föreslagna lagstiftningen behövdes. Lagrådet uttalade bl.a. att det inte hade klarlagts att förslaget skulle få konsekvenser som gynnade de patienter som riskerade att missgynnas på grund av privata sjukvårdsförsäkringar (prop. 2016/17:166 s. 41 f.). Inte heller riksdagen ansåg att regeringen hade visat att det fanns ett behov av lagändringen och avslog propositionen.

4.2.1 SOU 2021:80

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har haft i uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället samt lämna förslag som begränsar sådan påverkan (direktiv 2020:83). I den utredningens slutbetänkande Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll, SOU 2021:80, ges också en grundlig beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar.

Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar
Av beskrivningen av privata sjukvårdsförsäkringar i SOU 2021:80 framgår bl.a. följande. Försäkringarna redovisas enligt Svensk Försäkrings indelning i tre huvudkategorier:

- *Arbetsgivarbetald gruppförsäkring*: Arbetsgivare handlar upp, tecknar försäkringen för sina anställda och betalar premien för försäkringen. Arbetsgivaren är försäkringstagare och de anställda är

försäkrade. Alla som omfattas av gruppavtalet är automatiskt försäkrade. De anställda har möjlighet att avstå från försäkringen.
• *Gruppförsäkring*: Ett fackförbund, en idrottsförening eller en arbetsgivare kan handla upp en försäkring för sina medlemmar eller anställda. Gruppförsäkringen är som huvudregel frivillig och medlemmarna eller de anställda kan välja om de vill teckna och betala premien för försäkringen.
• *Individuell försäkring*: Den enskilde begär in offert, tecknar och betalar premien för försäkringen, dvs. är både försäkringstagare och försäkrad.

Närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar, medan tre av tio är gruppförsäkringar och en av tio försäkringar är individuella sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80 s. 161 och 178). Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården (SOU 2021:80 s. 188 f.).[3]

För att kunna teckna en individuell försäkring kräver försäkringsbolagen ett godkännande som grundar sig på personens hälsodeklaration eller att en hälsokontroll görs. Det är inte alltid ett krav när försäkringen tecknas som en gruppförsäkring. För att en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring ska få tecknas för en anställd ska den enligt försäkringsvillkoren vara fullt arbetsför. Det innebär att det dagliga arbetet ska kunna genomföras utan inskränkning och att man varken tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall. Försäkringsbolagen har en åldersgräns för hur gammal man får vara för att få teckna en sjukvårdsförsäkring. Den exakta gränsen skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen och kan variera beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Vanligtvis är den övre åldersgränsen för att få teckna en ny sjukvårdsförsäkring mellan 63 och 70 år, men ofta kan man behålla försäkringen längre än så. Skälet till att det finns en övre åldersgräns är att risken för olika typer av skador/sjukdomar efter en

[3] Se även uppgifter från Svensk Försäkrings webbplats den 3 juni 2022, https://www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2022/fortsatt-stort-intresse-for-sjukvardsforsakring/.

viss ålder inte längre är plötslig och oförutsedd (SOU 2021:80 s. 173 jämte Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3[4] s. 28).

En privat sjukvårdsförsäkring gäller inte för skador/sjukdomar som den försäkrade har haft symtom av, fått vård eller medicinering för eller på annat sätt har haft kännedom om innan försäkringen började gälla. Det finns dock undantag: försäkringen gäller om den försäkrade har varit symptom-, vård- och medicineringsfri från en skada/sjukdom under en sammanhängande period av mellan 12 och 24 månader, beroende på försäkringens innehåll, innan det nya behovet av vård eller medicinering uppstår. Vissa försäkringsbolag har inte något uttalat undantag för kroniska sjukdomar, men givet kravet på att den försäkrade ska ha varit symtom- och behandlingsfri under 12–24 månader omfattas kroniska sjukdomar i praktiken inte av en försäkring. Den vård som sker inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring måste godkännas av försäkringsbolaget, som betalar för vården. Försäkringsbolaget får i sin tur ersättning genom de premier som försäkringstagarna betalar (SOU 2021:80 s. 162).

Vården som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan skilja sig från den vård som regionen utför bl.a. utifrån organisation och planering. Försäkringsvården är inte uppbyggd utifrån uppdelningen i primärvård och specialistvård. Den första kontakten inom försäkringen hanteras med hjälp av rådgivning och triagering per telefon eller digitalt vårdbesök, antingen av försäkringsbolaget anställd personal eller genom en vårdgivare som försäkringsbolaget anlitat för denna tjänst. Det som inte utmynnar i egenvård skickas till specialistvård. De tjänster som vanligtvis ges av primärvården med regionen som huvudman erbjuds inte genom försäkringarna (SOU 2021:80 s. 168. Se även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 31). Det vanligaste området för privata sjukvårdsförsäkringar är specialiserad somatisk vård (SOU 2021:80 s. 167 och 494).

Överväganden och förslag

I SOU 2021:80 konstateras följande. Hälso- och sjukvården i Sverige är huvudsakligen ett offentligt åtagande där framför allt regionerna är ansvariga för att planera, organisera, erbjuda och finansiera vården.

[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020, Rapport 2020:3, Privata Sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare.

Den största delen av hälso- och sjukvården bedrivs i regionens egen regi och den vården finansieras med offentliga medel. Det finns privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen och även den vården är offentligt finansierad. En privat vårdgivare kan alltså välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligt finansierad vård, exempelvis på uppdrag av en eller flera regioner, och privat finansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag och kontantbetalande patienter. Den etiska plattformen i 3 kap. HSL gäller för all vård, oavsett om det är fråga om offentlig eller privat drift och/eller finansiering (SOU 2021:80 s. 370 f.). Det saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika väntetider, förutsatt att vårdgivare följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (SOU 2021:80 s. 376).

I betänkande anges också att den svenska hälso- och sjukvården är svår att överblicka, bl.a. mot bakgrund av att det är flera olika huvudmän, vårdgivare och andra aktörer som tillsammans ansvarar för den. Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken medan de 21 regionerna och 290 kommunerna har ansvaret för att genomföra hälso- och sjukvården. I regionerna finns dessutom de privata vårdgivarna som bedriver vård på uppdrag av regionen (SOU 2021:80 s. 382). Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler om privata sjukvårdsförsäkringar har skapat en osäkerhet om rättsläget. Det finns en osäkerhet om när privatfinansiering, särskilt i form av betalning via en försäkring, är tillåtet. Det upplevs vara oklart vad som gäller för en privat vårdgivare som bedriver både offentligt och privat finanseriad vård och då särskilt vad som gäller i frågan om olika väntetider/tidsgränser. Det finns härtill en osäkerhet om hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig (SOU 2021:80 s. 64 och 379).

I betänkandet uttalas att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar för att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om

frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Regionerna bör ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, för att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligt finansierade patienterna. Regionerna behöver kontrollera att de privata vårdgivare som tar emot både offentligt finansierade och privatfinansierade patienter följer bestämmelserna om en jämlik vård, en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (SOU 2021:80 s. 23 och 391 ff.).

Utifrån ovanstående slutsatser lämnas förslag om ändringar i HSL med innebörden att

– om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart finansieras med offentliga medel,
– om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 15 kap. 1 § HSL ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap. 3 § HSL, och
– om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet enligt 15 kap. 1 § HSL framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. I avtalet ska anges hur det som avtalas följs upp.

I betänkandet lämnas också förslag om att utöka bl.a. Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) vårdgivarregister och Socialstyrelsens patientregister med uppgifter om hur vården är finansierad (SOU 2021:80 s. 51 ff.).

Några av förslagen i betänkandet behandlas i propositionen Ökad kontroll i hälso- och sjukvården (prop. 2021/22:260), medan andra alltjämt bereds i Regeringskansliet.

5 Behov av nya regler

Utredningen ska om möjligt ta fram förslag på regler som i huvudsak innebär ett förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården. Som nämnts finns inga särskilda regler om sådan finansiering av hälso- och sjukvården. Det finns inte heller regler som i övrigt innebär att privata vårdgivare som bedriver både privatfinansierad vård och offentligt finansierad vård är förhindrade att ta emot patienter vars hälso- och sjukvård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar. I det här kapitlet utreds behovet av sådana regler.

5.1 Utgångspunkter i utredningens uppdrag

Av utredningens uppdrag framgår följande. Ungefär 700 000 svenskar omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring. Försäkringarna ersätter i huvudsak kostnaderna för olika vårdinsatser som ges av privata vårdgivare. I dagsläget är de försäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda korta väntetider. Det är vanligare att ha en privat sjukvårdsförsäkring i storstadsregionerna. Fler män än kvinnor har en sådan försäkring och de försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt.

I uppdraget hänvisas till vad som framkommit i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och i en förstudie från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Där dras slutsatserna att det är sannolikt att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att detta beror på att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Utredningens sammanfattningar av nämnda rapport och förstudie finns nedan (se avsnitt 5.2 och 5.3).

I uppdragsbeskrivningen uttalas att regeringen ser med oro på utvecklingen att en privat sjukvårdsförsäkring i regel tecknas för att försäkringstagaren snabbare ska få vård, eftersom det då finns en risk för att den prioriteringsordning efter behov som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, bryts. Om bestämmelserna i HSL inte följs, t.ex. genom att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården, kan det leda till patientsäkerhetsrisker på grund av utebliven eller försenad vård. Det kan också påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället i stort. Om patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får sitt behov av hälso- och sjukvård bedömt och får en remiss snabbare än patienter utan en sådan försäkring och därmed får en snabbare ingång till den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens vårdkö, kan det finnas risk för att vård inte ges på lika villkor. Vidare råder en osäkerhet om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten för privata vårdgivare som även bedriver offentligfinansierad hälso- och sjukvård, och vilken effekt det har på den samlade kapaciteten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Regeringen anser sammantaget att det finns angelägna allmänna intressen att skydda (se uppdragsbeskrivningen i *bilaga 1*).

5.2 Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick år 2020 i uppdrag av regeringen att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten publicerade sedan en rapport där bl.a. följande framgår.

Privata sjukvårdsförsäkringar står för en liten del av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, samtidigt som det ser olika ut inom olika vårdområden och regioner (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 43). Antalet sjukvårdsförsäkringar är störst i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne. Mätt som en andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar

vanligast i Jämtlands län, där 18 procent omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring (2020:3 s. 29).

För att kunna teckna en individuell försäkring kräver försäkringsbolagen ett godkännande som grundar sig på den enskildes hälsodeklaration, eller att en hälsokontroll görs. Det är inte alltid ett krav när försäkringen tecknas genom en gruppförsäkring. För att en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring ska få tecknas ska den enskilde vara fullt arbetsför. Försäkringsbolagen har även en åldersgräns för tecknande av en sjukvårdsförsäkring. Den exakta gränsen skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen och kan variera beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Vanligtvis är åldersgränsen för att få teckna en ny sjukvårdsförsäkring mellan 63 och 70 år, men det går ofta att behålla försäkringen längre än så (2020:3 s. 28. Se även beskrivningen av privata sjukvårdsförsäkringar i avsnitt 4.2.1. i denna promemoria).

Det är enligt myndighetens bedömning svårt att dra empiriska slutsatser om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar patienter, hälso- och sjukvården och samhället i stort eftersom det generellt finns ett behov av ökad kunskapsuppbyggnad om privata sjukvårdsförsäkringar (2020:3 s. 10). Myndigheten drar ändå, utifrån resultatet av sina undersökningar, slutsatserna nedan.

Personer med privat sjukvårdsförsäkring får i genomsnitt vård snabbare än personer som får vård genom den offentligt finansierade vården och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. När det gäller planerad specialiserad vård får i princip alla patienter med privat sjukvårdsförsäkring ett första besök inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar. Som jämförelse väntade, totalt sett i landet, över hälften av patienterna i den offentligt finansierade vården mer än 30 dagar på ett planerat första besök respektive åtgärd inom den specialiserade vården år 2019. Slutsatsen i denna del baseras på övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finanseriade vården och de väntetidsgarantier som gäller för de privata sjukvårdsförsäkringarna. Någon granskning av hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall har inte gjorts. Myndigheten menar att försäkringarna är vanligare bland vissa grupper i befolkningen och att det finns vissa systematiska skillnader mellan dem som har en försäkring och övriga

personer. Skillnaderna uppstår bl.a. på grund av villkoren som ställs av försäkringsbolagen på dem som önskar teckna en försäkring. Personer som exempelvis inte är på arbetsmarknaden till följd av ålder eller nedsatt funktions- eller arbetsförmåga får med mindre sannolikhet tillgång till den snabbare försäkringsfinansierade vården (2020:3 s. 90 f.). Myndigheten bedömer att det är svårt att med säkerhet uttala sig om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten och vilken effekt det får för patienterna i den offentligt finansierade vården. Utifrån uppgifter i väntetidsdatabasen framgår dock att privata vårdgivare som tar emot både patienter med offentlig finansiering och patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalats med regionen för de offentligt finansierade patienterna. Det gör det svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av de vårdgivare som ingått i analysen. Det minskar också möjligheten att de privata sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade vården (2020:3 s. 92).

I rapporten diskuteras omständigheten att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården samt vilja att betala skatt kan påverkas på sikt. Myndigheten har inte nu funnit några övergripande indikationer på att förtroendet eller viljan att betala skatt hos den svenska befolkningen har minskat i takt med att fler personer har privata sjukvårdsförsäkringar (2020:3 s. 93). Det påpekas att flera av de möjliga konsekvenser som tas upp inte bara gäller privata sjukvårdsförsäkringar. Det är snarare konsekvenser som kan hänföras till privat finansierad hälso- och sjukvård i stort, oavsett om den tillhandahålls genom försäkringar eller betalas på annat sätt. Konsekvenserna kan uppfattas särskilt påtagliga, t.ex. när det gäller olika väntetider vid samma behov, när privata vårdgivare tar emot både offentligt och privat finansierade patienter men kan även uppstå om privat finansierad och offentligt finansierad vård bedrivs hos separata vårdgivare (2020:3 s. 9).

5.3 Förstudie från Inspektionen för vård och omsorg

IVO har genomfört en förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar för att utreda de juridiska förutsättningarna för tillsyn, bedöma riskerna och ge underlag för ställningstaganden till om tillsyn bör ske eller inte. Förstudien, som publicerades i oktober 2020, avser väntetider och utgår från att vård ska ges efter patienternas medicinska behov. I förstudien uppges att det kan finnas en risk för att privata vårdgivare som tar emot både offentligt finansierade patienter och patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar åsidosätter bestämmelsen i HSL om att de som har det största behovet ska ges företräde till vården. Detta har IVO uppmärksammats på genom uppgifter i media, publicerade rapporter, egna iakttagelser av vårdstrukturen och patientflöden i stora regioner samt en skrivelse från Region Stockholm (IVO:s förstudie[5] s. 7).

IVO anser att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetid inte beror på skillnader i medicinska behov. Kunskapsunderlaget i nämnda rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (rapport 2020:3, se avsnitt 5.2) och de patientssäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat ger enligt IVO:s bedömning tillräckliga indikationer för detta (IVO:s förstudie s. 16).

IVO konstaterar att målet om vård på lika villkor omfattar hela vårdförloppet, från det att patienten söker vård till att sista uppföljningen sker. Om olika patientgrupper har olika väntetider fram till att behovet är fastställt kan det givetvis påverka hur snart patienterna får vård. Om det finns stora skillnader i väntetiderna från första kontakt till exempelvis specialistutredning och skillnaderna inte har med patienternas medicinska behov att göra, finns det risk att vården inte ges på lika villkor. Att ställa en diagnos är en central funktion i hälso- och sjukvården. Diagnosen styr den fortsatta handläggningen av patienten. Om diagnosen fördröjs riskerar patientens vård att försenas eller helt utebli, vilket kan leda till att patienten får en sämre prognos. IVO uttalar att myndigheten tidigare har sett allvarliga konsekvenser av fördröjda diagnoser inom

[5] IVO, 2020, Förstudie – Prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter.

vården. Det behövs dock enligt IVO mer kunskap om hur stora patientsäkerhetsriskerna är och hur de är beskaffade (IVO:s förstudie s. 17). Det är först när myndigheten har bedömt hur stora patientsäkerhetsriskerna är när det finns skillnader i väntetider som inte beror på skillnader i medicinska behov, som det finns förutsättningar att bestämma vilka tillsynsinsatser som ska prioriteras (IVO:s förstudie s. 3).

5.4 Överväganden i SOU 2021:80

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har, som tidigare redogjorts för, haft i uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället samt lämna förslag som begränsar sådan påverkan. Som beskrivits i föregående kapitel uttalar den utredningen i betänkandet SOU 2021:80 att det finns behov av nya regler i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar för att tillförsäkra patienter inom den offentligt finansierade vården en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (SOU 2021:80 s. 23 och 391 ff. samt avsnitt 4.2.1 i denna promemoria).

I betänkandet finns en översiktlig redogörelse för reglering av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i Norge, Danmark, Finland och Kanada. Av redogörelsen framgår att privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i de andra nordiska länderna än i Sverige. Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Där finns exempelvis ett förbud som innebär att en läkare inte får arbeta både inom det offentliga och inom privat verksamhet. Dessutom finns regler om vad försäkringarna får omfatta och under vilka villkor försäkringarna får säljas (SOU 2021:80 s. 303 ff.).

En omständighet som uppges tala för att en otydlighet och bristande kunskap i frågor om privata sjukvårdsförsäkringar är olämplig, är att antalet försäkringar har ökat de senaste åren. En liknande ökning har skett i grannländerna, utan ett aktivt beslut från riksdag eller regering. I betänkandet uttalas att forskare har identifierat att hälso- och sjukvårdssystemen kan fungera med en liten förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar, men om

omfattningen blir för stor kan det få negativa konsekvenser för välfärdssamhället på ett irreversibelt sätt. Det har noterats att en sådan framväxt kan gå fort (SOU 2021:80 s. 392 f.).

I betänkandet påpekas att den undersökning som genomförts av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (rapport 2020:3, se avsnitt 5.2) är ett viktigt bidrag till förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligt finansierade vården. Samtidigt bedöms undersökningen vara behäftad med ett antal begränsningar. Som exempel på detta anges att undersökningen inte tar hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka om enskilda vårdgivare har följt behovs- solidaritetsprincipen eller inte. Myndighetens slutsatser avser därtill sjukvården på ett övergripande plan (SOU 2021:80 s. 346).

Sammanfattningsvis konstateras i betänkandet att det behövs mer data och kunskap för att forskare och myndigheter ska kunna bedöma påverkan och konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar. Det är mot den bakgrunden som förslagen i betänkandet läggs fram (SOU 2021:80 s. 394 f. Se förslagen i denna promemorias avsnitt 4.2.1.).

5.5 Utredningens bedömning av behov av nya regler

I SOU 2021:80 fastställs, som angetts, att det på grund av den osäkerhet som råder om privata sjukvårdsförsäkringar finns ett behov av regler för att tillförsäkra patienter inom den offentligt finansierade vården en god och patientsäker vård. Den här utredningen har fått klara direktiv om vad sådana regler i möjligaste mån bör innebära, dvs. ett förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården. Syftet med detta är framför allt att säkerställa att de två första principerna i den etiska plattformen, människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, upprätthålls. Utredningen anser, liksom uttalats i SOU 2021:80, att det är viktigt att staten tar sitt ansvar genom att tillhandahålla regler i denna del. Sådana regler kan innebära en förändring i enskildas möjlighet att fritt välja vårdgivare, arbetsgivares möjligheter att teckna privata sjukvårdsförsäkringar

för sina anställda och en inskränkning i den kommunala självstyrelsen samt påverka näringsfriheten. Utredningen går närmare in på de frågorna i kommande kapitel. Utredningen har dock inte identifierat några rättsliga hinder mot att införa de regler som uppdraget innebär.

Utredningen konstaterar att det är tydligt att det finns ett behov av mer information och kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar. Detta framhålls av bland andra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, IVO och de aktörer som medverkat i Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar. Med ett bredare underlag går det att i större utsträckning bedöma närmare vilken påverkan och vilka konsekvenser försäkringarna har, och i framtiden kan komma att få, på den offentligt finansierade vården och patienterna inom denna. Det finns likväl redan nu tecken på att privata sjukvårdsförsäkringar har en negativ påverkan i de här avseendena genom att människovärdesprincipen och behovs- solidaritetsprincipen riskerar att åsidosättas. Även detta påpekas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, IVO och vissa av de aktörer som medverkat i utredningen som resulterat i SOU 2021:80.

Utredningen anser att det saknas anledning att ifrågasätta den bedömning som görs av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och IVO, att patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än patienter som får vård genom den offentligt finansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Det finns visserligen, som framhålls i SOU 2021:80, vissa brister i underlaget som lett fram till dessa slutsatser. Samtidigt framstår det som svårt för en vårdgivare att säkerställa att alla patienter får lika tillgång till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, vilket krävs enligt förarbetena till HSL (se prop. 1981/82:97 s. 27 f och 114), om de patienter som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar enligt vårdgivarens avtal med försäkringsbolagen garanteras kortare väntetider. När en försäkringspatient med kortare väntetid till ett första besök remitteras vidare till den offentligt finansierade vården finns en faktisk risk för att den patienten får snabbare vård inom denna, utan beaktande av behovet av vård hos den patient som inte garanteras samma korta väntetid.

I en studie framtagen på uppdrag av Svensk Försäkring 2017 konstateras att det inte bara är ålder och arbetsförmåga som skiljer de genomsnittliga patienterna med sjukvårdsförsäkring från patienter som inte har en sådan. Två tredjedelar av de som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring är män och liksom anges i utredningens uppdrag har försäkringstagarna i genomsnitt en högre inkomst än befolkningen som helhet (Palme, 2017[6], s. 43). Det finns således relativt påtagliga skillnader mellan dem som har en försäkring och övriga personer, bl.a. på grund av villkoren som ställs av försäkringsbolagen. Det är rimligt att i möjligaste mån förhindra situationer där det finns en risk för att patienter med försäkring prioriteras utan att det finns medicinska skäl för det. Att tillåta faktorer som betalningsförmåga, ålder och arbetsförmåga att påverka möjligheten att få tillgång till vård, inklusive väntetider till vården, är inte förenligt med vad som sägs i förarbetena till HSL (prop. 1981/82:97 s. 27 f och 114).

Utredningen noterar vidare att det av uppgifter från Svensk Försäkring framgår att antalet sjukvårdsförsäkringar har ökat stadigt de senaste decennierna. År 2000 var det drygt 103 000 personer som hade en sjukvårdsförsäkring, 2017 var antalet uppe i 638 000 försäkringar (Svensk Försäkring, 2017[7], 7). År 2020 omfattades 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring, vilket motsvarar cirka 6,5 procent av befolkningen (SOU 2021:80 s. 177). I slutet av 2021 omfattades 723 000 personer av en sjukvårdsförsäkring, vilket motsvarar var sjunde sysselsatt person i Sverige. Det är en ökning med 33 500 försäkringar eller 5 procent jämfört med 2020. Det är framför allt de arbetsgivarbetalda försäkringarna som fortsätter att öka.[8] Även om detta fortfarande utgör en förhållandevis liten del av Sverige befolkning och försäkringarna står för en liten del av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, är det en ökning som behöver beaktas. Detta särskilt då forskare, som beskrivits i SOU 2021:80, bedömt att om omfattningen blir för stor kan det få negativa konsekvenser för välfärdssamhället på ett oåterkalleligt sätt (se ovan under avsnitt 5.4). Det finns redan nu tecken på att privata

[6] Mårten Palme, 2017, Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys, Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, särtryck av del 5.
[7] Svensk Försäkring, 2017, Sjukvårdsförsäkring - varför och för vem?, Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, del 5.
[8] Svensk Försäkrings webbplats den 3 juni 2022, https://www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2022/fortsatt-stort-intresse-for-sjukvardsforsakring/.

sjukvårdsförsäkringar innebär att människovärdesprincipen och även behovs- solidaritetsprincipen riskerar att åsidosättas. Resultaten av framtida undersökningar om hur stora negativa konsekvenser för patienter inom den offentligt finanseriade sjukvården det faktiskt rör sig om kommer med största sannolikhet att dröja. Om antalet försäkringar fortsätter att öka i samma takt som hittills finns en risk för att det vid den tidpunkten inte längre är möjligt att införa regler som förhindrar denna negativa påverkan.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det finns skäl för att redan nu införa regler som begränsar risken för att patienter genom en privat sjukvårdsförsäkring får bättre tillgång till den offentligt finansierade vården än andra patienter. Reglerna bör finnas i HSL. För att IVO ska kunna bedriva en effektiv tillsyn i syfte att säkra att reglerna följs föreslår utredningen också förändringar i patientsäkerhetslagen (2010:659). Förslagen och motiveringen till hur de har utformats finns i promemorians nästa kapitel.

6 Utredningens förslag

6.1 Det ska inte längre vara möjligt att bedriva offentligt finansierad vård och ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring för samma sorts vård

Utredningens förslag: En privat vårdgivare som har slutit avtal med en region får inte erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet med regionen omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Regionen får inte överlämna uppgifter till en privat vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Skälen för utredningens förslag

Ansvar för och finansiering av hälso- och sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter (prop. 2016/17:166 s. 14). Staten ansvarar för att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet, medan regionerna och kommunerna har det primära ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering, drift och finansiering (prop. 2021/22:1, Utgiftsområde 9 s. 14). Hur hälso- och sjukvård ska finansieras är dock inte reglerat i detalj. Regionerna får utöver finansieringen som framför allt sker genom skatter, bl.a. ta ut avgifter från patienterna (17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 2 kap. 5 § kommunallagen [2017:725]). Det

förekommer också i mindre utsträckning att patienter betalar för sin vård helt eller delvis själva.

Regionerna kan, med stöd av 15 kap. 1 § HSL och med bibehållet huvudmannaskap, sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter inom hälso- och sjukvården som regionen ansvarar för. Den hälso- och sjukvård som en privat vårdgivare bedriver efter överlämnandet utgör då offentligt finansierad vård. Det finns i nuläget inget hinder för en privat vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård att finansiera andra delar av sin verksamhet genom privat finansiering, som genom avtal med ett försäkringsbolag, förutsatt att vårdgivaren uppfyller målbestämmelserna för hälso- och sjukvården.

Med privat sjukvårdsförsäkring avses en försäkring som en enskild eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. Försäkringsbolagen tecknar avtal med privata vårdgivare om att utföra vården på deras uppdrag. Sjukvårdsförsäkringen ger därmed tillgång till privat finansierad sjukvård vid sidan av den offentligt finansierade sjukvården. Försäkringen kan även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, som patientavgifter.

Förbud för privata vårdgivare som slutit avtal med en region

Målbestämmelserna för svensk hälso- och sjukvård innebär att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, den s.k. människovärdesprincipen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska också ges företräde till vården, den s.k. behovs- solidaritetsprincipen (3 kap. 1 § HSL). Att vård ska erbjudas på lika villkor innebär att det i princip bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden (prop. 1981/82:97 s. 27 f. och 114). Principen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården ska ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då

dessa inte räcker till allt åt alla och vara vägledande i det direkta vårdarbetet (SOU 2001:8 s. 107 och SOU 2021:80 s. 76 f.).

Som framgår i kapitel 5 är de privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda vård med kortare väntetider. I SOU 2021:80 uttalas att olika väntetider/tidsgränser för att få tillgång till hälso- och sjukvården inte är i strid med behovs-solidaritetsprincipen så länge den som har det största behovet av vård ges företräde till vården (SOU 2021:80 s. 293). I syfte att upprätthålla detta föreslås i propositionen Ökad kontroll i hälso- och sjukvården (prop. 2021/22:260) en bestämmelse med innebörden att det av regionens avtal om överlämnande ska framgå hur det säkerställs att en vårdgivares övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över och hur det som avtalats ska följas upp. I propositionen uttalas att när en region sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården fortsatt hade bedrivits i egen regi. Det ska för patienterna inte spela någon roll om vården utförs av regionens egen verksamhet eller av t.ex. en privat vårdgivare med avtal med regionen när det gäller aspekter som tillgänglighet och vårdkvalitet. Patienterna ska känna sig trygga med att den offentligfinansierade vården inte påverkas negativt av vårdgivarens eventuella övriga uppdrag (prop. 2021/22:260 s. 12. Se även SOU 2021:80 s. 411). Även den här utredningen anser att så måste vara fallet.

Utredningen noterar att det redan finns ett ansvar för regioner att följa upp avtalsvillkor. Det kan dock ändå för en mindre region, liksom för en stor region med många avtalsslutande parter, vara svårt att avsätta resurser för att på ett tillfredställande sätt kontrollera att avtalsvillkoren med en privat vårdgivare efterlevs i samtliga delar. En faktor som kan vara särskilt svår att kontrollera är om vårdgivaren verkligen ger vård på lika villkor, samtidigt som vårdgivaren garanterar patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring en kortare väntetid än patienter som inte har en sådan. Detta blir särskilt problematiskt när det finns skillnader mellan olika individers möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring på lika villkor (se avsnitt 4.2.1). Sådana skillnader ska enligt förarbetena till HSL inte få påverka tillgången till vård (prop. 1981/82:97 s. 27 f. och 114). För att säkerställa att möjligheten att få vård och att eventuella väntetider

inom den offentligt finansierade vården inte påverkas av faktorer som ålder, arbetsförmåga och betalningsförmåga, föreslår utredningen därför att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region inte får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till patienter vars vård finansieras genom en privat sjukvårdsförsäkring. Det kommer således inte längre att vara möjligt för en privat vårdgivare att erbjuda samma slags vård till patienter vars vård finansieras genom en privat sjukvårdsförsäkring som till patienter vars vård är offentligt finansierad. Genom förslaget ökar möjligheten att tillförsäkra patienter inom den offentligt finansierade vården en vård på lika villkor och efter behov även när vården tillhandahålls av privata aktörer. En bestämmelse som riktar sig direkt mot vårdgivarna ger härtill en möjlighet för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att vidta åtgärder mot en vårdgivare som inte följer denna.

Vissa privata sjukvårdsförsäkringar ersätter som nämnts patientavgifter inom den offentligt finansierade vården. Den kostnaden som ersätts står patienten annars själv för. Det har inte framkommit skäl att inom det här uppdraget förhindra att privata sjukvårdsförsäkringar täcker en sådan kostnad även fortsättningsvis. Att en patientavgift inom offentligt finansierad vård ersätts av en privat sjukvårdsförsäkring innebär därför inte att vården ska anses vara finansierad av en privat sjukvårdsförsäkring i den mening som avses i utredningens förslag.

Förslaget placeras lämpligen i kapitel 5 HSL, som innehåller bestämmelser om hur all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Den här föreslagna bestämmelsen bör införas under en ny rubrik, *Särskilt om privata sjukvårdsförsäkringar.*

Förbud för en region att överlämna uppgifter

Förslaget i föregående stycke, om förbud för en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region att erbjuda sådan vård som avtalet omfattar även till patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring, får till följd att regionen inte heller kan överlämna uppgifter till privata vårdgivare i en sådan situation.

Utredningen har övervägt att stanna vid ett förbud som bara riktar sig mot privata vårdgivare. En sådan reglering vore också i linje med utredningens uppdrag. Ett avtal om överlämnande enligt

15 kap. 1 § HSL fråntar dock inte regionen ansvar för att den privata vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård för regionens räkning gör så i enlighet med gällande regler. Det är viktigt att det tydligt framgår vilket ansvar regionen har för att i möjligaste mån undanröja de negativa konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar kan få för patienter inom den offentligt finansierade vården. Genom utredningens förslag får regionen dessutom på ett tydligare sätt en skyldighet att ställa krav redan vid upphandlingen av vårdgivare. Det är samtidigt rimligt att ställa krav på de privata vårdgivarna, eftersom det är de som beslutar om sin finansieringsform. De privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård har även de en skyldighet att garantera att målen för hälso- och sjukvården upprätthålls för patienterna inom den vården. Utredningen föreslår av den anledningen att ansvaret läggs både hos den privata vårdgivaren och hos regionen. Förslaget som riktar sig mot regionerna innebär att en region inte får överlämna uppgifter till en privat vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Regionen ska i samband med att avtal ingås om att överlämna uppgifter enligt 15 kap. 1 § HSL ställa sådana villkor att förbudet upprätthålls.

Utredningens uppdrag omfattar enbart den hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för. Utredningen känner inte till att det skulle förekomma att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för ersätts genom privata sjukvårdsförsäkringar. Förslagen är därför begränsade till regionernas överlämnande av uppgifter till någon annan. Det har inte framkommit att den hälso- och sjukvård som regionerna bedriver i egen regi finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar, bortsett från vid eventuell tjänsteexport vilket möjliggörs genom särskild lagstiftning. Förslaget är inte avsett att träffa sådana förhållanden som är reglerade enligt nuvarande lagstiftning.

Regionens möjlighet att överlämna uppgifter till en privat vårdgivare regleras i 15 kap. HSL. Det är lämpligt att i samma kapitel placera den föreslagna bestämmelsen om begränsning i när ett sådant överlämnade får ske.

Effekter av förslagen och överväganden avseende alternativa lösningar
Förslagen medför att privata vårdgivare som vill erbjuda samma slags vård till patienter vars vård finansieras genom en privat sjukvårdsförsäkring som till patienter vars vård är offentligt finansierad, inte längre kan göra det. Inskränkningen i vårdgivarnas möjligheter att ingå avtal med regioner och försäkringsbolag avseende samma slags vård innebär en försämring för vårdgivarna. Detta måste ställas mot syftet med förslagen, nämligen att säkerställa att människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen inte riskerar att åsidosättas. Det har enligt utredningen inte framkommit någon alternativ lösning som är mindre ingripande och samtidigt uppnår de effekter som den föreslagna regleringen kan förväntas få. Mot den bakgrunden anser utredningen att förslagen är proportionerliga.

Utredningen är medveten om att det kan förekomma att vårdgivare försöker kringgå det som förslagen avser att uppnå genom att exempelvis inom en koncern bilda olika bolag som tillhandahåller privat respektive offentligt finansierad hälso- och sjukvård, men i samma lokaler. För att omöjliggöra ett sådant scenario skulle utredningens förslag exempelvis kunna utformas så att uppgifter inte får lämnas över till en vårdgivare som ingår i en koncern inom vilken erbjuds sådan vård som avtalet med regionen omfattar, även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Utredningen bedömer att det i nuläget inte finns tillräckligt starka skäl för att utgå från att vårdgivare kommer att försöka kringgå regelverket på detta sätt. Det är därför inte heller proportionerligt att utforma förslagen för att stoppa sådant beteende. Skulle det visa sig att reglerna kringgås så att effekten av förslagen motverkas får det då övervägas om ytterligare reglering krävs.

Förslagen innebär även en förändring i en patients möjlighet att välja vårdgivare om patienten föredrar en vårdgivare som väljer att finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar. Om många privata vårdgivare väljer att göra så i stället för att sluta avtal med regionen skulle också antalet utförare av offentligt finansierad vård åtminstone under en övergångsperiod kunna minska, vilket kan påverka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen väger dock tyngre än rätten att välja vård och vårdgivare. Regionerna har

också en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar samt med beaktande av den vård som erbjuds, eller inte erbjuds, av andra vårdgivare (7 kap. 2 § HSL).

Utredningen konstaterar att de som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar bedöms vara överrepresenterade på arbetsplatser med relativt få anställda (Palme, 2017, s. 24 och 44). Alla arbetsgivare har ett åtgärds- och kostnadsansvar för såväl sjukskrivning som för företagshälsovård (3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen [1977:1160]). Många arbetsgivare väljer att teckna privata sjukvårdsförsäkringar för att uppfylla delar av de skyldigheterna. Vissa, särskilt små, arbetsgivare kan av olika skäl använda sjukvårdsförsäkringar som ett alternativ och komplement till det traditionella sättet att erbjuda företagshälsovård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 39). Dessa arbetsgivare kommer inte att vara förhindrade att framöver teckna privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda. Möjlighet att genom en sådan försäkring få vård hos privata vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer att finnas kvar, liksom möjligheten att tillhandahålla företagshälsovård genom en privat vårdgivare utan att gå via ett försäkringsbolag.

Utredningen tolkar uppdraget som att samtliga privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård ska omfattas av utredningens förslag. Eftersom samma krav kommer att gälla för alla privata vårdgivare står förslagen inte i strid med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

6.2 Vårdgivare som har avtalat om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring ska inte få remittera till den offentligt finansierade vården

Utredningens förslag: En privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring får inte remittera en patient till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker.

Skälen för utredningens förslag

Allmänt om remisser och skälen för reglering

Genom remittering får en patient tillträde till en annan vårdgivare än den vårdgivare som har utfärdat remissen. En privat vårdgivare kan på så sätt remittera patienter vars vård finansieras genom en privat sjukvårdsförsäkring till den offentligt finansierade vården.

Regionerna har olika remissregler och det skiljer sig därför åt när en patient behöver en remiss för att få tillgång till exempelvis en specialistläkare i den offentligt finansierade vården beroende på vilken region som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för en sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård. Av denna framgår t.ex. att det i Region Stockholm finns mycket omfattande remisskrav för att få tillgång till specialistläkare, medan det i andra regioner inte finns några remisskrav alls för det.[9]

Vårdgivare ansvarar redan i dag för att ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras (se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2004:11] om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.). Liksom inom all hälso- och sjukvård ska vårdgivare vid remittering beakta målen med hälso- och sjukvården. Dessa innebär först och främst att hela befolkningen ska

[9] SKR:s webbplats den 2 juni 2022, https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html.

tillförsäkras vård på lika villkor. Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser inte är obegränsade måste sedan prioriteringar göras efter behov, för att säkerställa att den som har det största behovet ges företräde till vården.

Som nämnts i kapitel 5 har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uttalat att patienter med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än patienter som får vård genom den offentligt finansierade vården. När det gäller planerad specialiserad vård får i princip alla patienter med privat sjukvårdsförsäkring ett första besök inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar medan över hälften av patienterna i den offentligt finansierade vården får vänta mer än 30 dagar på ett planerat första besök respektive åtgärd inom den specialiserade vården. Myndigheten bedömer att det inte är sannolikt att de kortare väntetiderna i genomsnitt beror på att patienterna med privat sjukvårdsförsäkring har större medicinska behov. IVO, som instämmer i den bedömningen, har konstaterat att det finns patientsäkerhetsrisker med olika väntetider, något som den myndigheten bl.a. uppmärksammats på av Region Stockholm. Utredningen noterar att detta är en region där många patienter som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar finns (se avsnitt 5.2 och 5.3 i denna promemoria).

Det finns inga regler som hindrar att en patient med privat sjukvårdsförsäkring remitteras från en privat vårdgivare till exempelvis en specialistläkare inom den offentligt finansierade vården. Med utgångspunkt i att den patienten har en kortare väntetid till sitt första besök är det rimligt att anta att om det finns behov av remittering till annan vårdgivare, får den patienten också en remiss dit snabbare än en patient utan försäkring. Det är då inte det medicinska behovet som avgör vem som får företräde till vården, eftersom behovet först måste bestämmas innan ställning kan tas till om företräde ska ges. När en patient med försäkring och en patient utan söker vård samtidigt, får patienten med försäkring givet den kortare väntetiden en medicinsk bedömning och eventuell remiss innan den remitterande vårdgivaren ens kunnat ta ställning till vårdbehovet hos den andra patienten. Så länge alla patienter får vård på lika villkor och den som har det största behovet av sjukvård ändå får företräde till specialistläkaren är detta givetvis inte ett problem. När väntetiderna som nu skiljer sig åt finns dock en påtaglig risk för

att den remitterande vårdgivaren inte på ett tillräckligt sätt kan säkerställa att principen om vård på lika villkor upprätthålls.

Förbud mot remittering för privata vårdgivare som tar emot försäkringspatienter

I utredningens uppdrag anges i frågan om remittering att utredningen ska ta fram förslag som i möjligaste mån innebär att offentligt finansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare bara om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård. Ett förslag med den ordagranna innebörden skulle medföra att samtliga vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård förhindras att remittera patienter till den vården. Detta skulle drabba även aktörer som inte har avtal om att ta emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar och dessutom förväntas öka bördan hos exempelvis offentligt finansierade vårdcentraler, som då skulle behöva remittera i än större utsträckning än nu. En sådan regel står enligt utredningens bedömning inte i proportion till vad som krävs för att uppnå uppdragets syfte. För att motverka risken för att patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring får en snabbare tillgång till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården än patienter utan försäkring, föreslår utredningen i stället att det bara är de vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring som inte ska få remittera till den offentligt finansierade vården. Vårdgivare som har avtal om att ta emot försäkringspatienter ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker. Det är i linje med kraven för remittering i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, genom vilka vårdgivarna redan har ett ansvar att ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas samt hanteras.

Som en konsekvens av utredningens tolkning av uppdraget lägger utredningen ansvaret för att otillåten remittering inte sker hos den privata vårdgivare som remitterar, i stället för hos den offentligt finansierade vårdgivare som tar emot remissen. Att lägga ansvaret hos den vårdgivare som tar emot remissen bedöms medföra ett alltför stort merarbete för denna. Den offentligt finansierade vårdgivaren bör kunna förutsätta att den remitterande enheten får

utfärda en remiss till den offentligt finansierade vården. Om det finns tydliga indikationer på att den remitterande vårdgivaren kan ha agerat i strid med den föreslagna bestämmelsen bör den mottagande enheten ändå ha ett visst ansvar att säkerställa att remissen inte har utfärdats felaktigt. Visar det sig att en remiss är felaktigt utfärdad ska den som huvudregel inte behandlas vidare hos den mottagande enheten.

Utredningen är medveten om att den valda lösningen kan tolkas som att de vårdgivare som nu har avtal med både en region och försäkringsbolag hamnar i ett sämre läge än om utredningen lämnar ett förslag enligt uppdragets ordalydelse. Ett sådant förslag skulle medföra att de vårdgivarna, med hänvisning till avtalen med regionerna, även fortsättningsvis får remittera till den offentligt finansierade vården. Syftet med bestämmelsen, att förhindra de negativa konsekvenser som remittering av patienter med privat sjukvårdsförsäkring till den offentligt finansierade vården kan medföra, skulle dock då inte uppnås fullt ut. Utredningen föreslår dessutom, utöver detta förslag, att vårdgivare som har slutit avtal med en region inte längre ska få erbjuda sådan vård som det avtalet omfattar till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Vårdgivare som nu erbjuder samma sorts vård till patienter inom den offentligt finansierade vården och försäkringspatienter kommer alltså ändå inte kunna fortsätta att göra det. I praktiken innebär utredningens utformning av förbudet mot remittering därför inte någon skillnad för de vårdgivarna.

Vad gäller de vårdgivare som erbjuder olika sorters vård till patienter inom den offentligt finansierade vården respektive patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring, innebär utredningens förslag att inte heller dessa längre får remittera till den offentligt finansierade vården. En lösning med innebörden att vårdgivaren skulle ha fortsatt möjlighet att remittera vissa patienter för viss typ av vård, men inte andra, skulle bli komplicerad och riskera att medföra gränsdragningsproblem. Det blir också svårare att utöva en effektiv tillsyn med en sådan reglering. Med hänsyn till förslagets syfte, att förhindra att patienter med försäkring får en snabbare tillgång till den offentligt finansierade vården, bedömer utredningen därför att förslaget är väl avvägt.

Utredningen har även övervägt en lösning där den enskilda patientens finansiering av vård hos den remitterande verksamheten

vid varje enskilt besök ska få avgöra om remittering får eller inte får ske. På så sätt skulle en privat vårdgivare som tar emot patienter med sjukvårdsförsäkring fortsättningsvis kunna remittera till den offentligt finansierade vården så länge den specifika patienten inte får aktuell vård genom en sjukvårdsförsäkring. En sådan lösning blir dock betydligt lättare att kringgå hos den remitterande verksamheten, till exempel genom att boka in ett nytt besök för samma patient som då betalar för vården på annat sätt. Det blir också betydligt svårare för IVO att följa upp om remitteringen skett på rätt sätt. I SOU 2021:80 föreslås att uppgift om finansiering ska finnas med i IVO:s vårdgivarregister. IVO kan då utgå från de uppgifterna och sedan göra stickprov respektive kontrollera vårdgivarens direktiv och remisser vid en eventuell granskning (se nästa avsnitt om IVO:s möjligheter att vidta åtgärder).

Förbudet mot remittering kommer att gälla för hela den privata vårdgivarens verksamhet och därför påverka samtliga patienter, dvs. även patienter vars vård finansieras på annat sätt än genom privata sjukvårdsförsäkringar. När en privat vårdgivare har identifierat ett behov av vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kommer de patienterna fortfarande ha möjlighet att på egen hand kontakta en vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård och på så sätt få hjälp. Förslaget påverkar inte heller möjligheten att remittera till en annan privat vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad vård. Det kan förekomma att en offentligt finansierad vårdgivare remitterar en patient till en privat vårdgivare som har avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. En sådan remitterad patienten kommer också, vid eventuellt behov av exempelvis eftervård, att fortfarande ha tillgång till den offentligt finansierade vården genom att själv vända sig tillbaka dit. Om patientens vårdbehov bedöms som brådskande även av professionen inom den offentligt finansierade vården har regionen redan i dag en skyldighet att snarast möjligt tillhandahålla vård, trots avsaknad av remiss. Detta följer av regionernas ansvar enligt HSL. Utredningen anser att förslaget lämpligast bör placeras i HSL. Femte kapitlet i den lagen innehåller bestämmelser om hur all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Den föreslagna bestämmelsen bör införas i detta kapitel, under en ny rubrik, *Särskilt om privata sjukvårdsförsäkringar*.

6.3 Inspektionen för vård och omsorgs möjligheter att vidta åtgärder

Utredningens förslag: Om en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region bryter mot förbudet mot att erbjuda sådan vård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring, får Inspektionen för vård och omsorg (IVO) förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder för att följa den bestämmelsen.

IVO får även förelägga en vårdgivare som bryter mot förbudet mot remittering till den offentligt finansierade vården eller mot kravet på att ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker, att vidta åtgärder för att följa de bestämmelserna.

IVO:s beslut om föreläggande får förenas med vite. IVO:s beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Skälen för utredningens förslag: Alla vårdgivare står under tillsyn av IVO. Syftet med tillsynen är att granska att hela befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med de lagar och andra föreskrifter som gäller (2 § förordningen [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg).

Utredningen föreslår en regel med innebörden att en privat vårdgivare som har slutit avtal med regionen om att bedriva offentligt finansierad hälso- och sjukvård inte får erbjuda sådan vård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Utredningen föreslår också att det inte längre ska vara tillåtet för privata vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring att remittera en patient till den offentligt finansierade vården. Vårdgivaren ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker.

Ändamålet med förslagen är att tillförsäkra hela befolkningen hälso- och sjukvård i enlighet med de målbestämmelser som fastställts i HSL. För att förslagen ska få avsedd effekt är det viktigt att de efterlevs. En möjlighet för IVO att vidta åtgärder mot vårdgivare som inte följer bestämmelserna är enligt utredningens

bedömning nödvändig. Det bör också finnas verkningsfulla sanktioner kopplade till eventuella överträdelser för att säkerställa att reglerna följs.

I SOU 2021:80 föreslås att det ska bli obligatoriskt för alla vårdgivare att anmäla uppgift om finansiering till IVO:s vårdgivarregister. Vårdgivare har redan nu en skyldighet att anmäla ett antal andra uppgifter till det registret. En vårdgivare som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet utan att ha gjort en anmälan kan dömas till böter. I stället för att utdöma böter vid en överträdelse föreslås i SOU 2021:80 och i prop. 2021/22:260 att IVO ska få meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Ett sådant föreläggande ska enligt förslaget i betänkandet och propositionen få förenas med vite.

IVO har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, möjlighet att i vissa fall utfärda förelägganden som kan förenas med vite. Tillsynsmyndighetens möjlighet att vidta åtgärder i olika situationer bör utformas så lika som möjligt. Mot den bakgrunden är en lämplig sanktion vid överträdelser av även utredningens förslag en möjlighet att utfärda föreläggande. Ett sådant föreläggande ska vara skriftligt och innehålla de åtgärder som vårdgivaren ska vidta för att följa bestämmelserna. IVO ska ha möjlighet att förena föreläggandet med vite. Vitet ska fastställas till ett fast belopp som med hänsyn till vad som är känt om vårdgivarens ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt kan antas förmå vårdgivaren att följa föreläggandet. Föreläggande ska vara så tydligt och precist att det står helt klart för vårdgivaren vad den måste göra för att inte behöva betala vitet. Om föreläggandet inte följs kan IVO vända sig till allmän förvaltningsdomstol för att få vitet utdömt. Vårdgivare ska i sin tur ha möjlighet att överklaga IVO:s beslut om föreläggande till allmän förvaltningsdomstol.

Förutsatt att uppgift om finansiering och uppdragsgivare kommer att finnas i vårdgivarregistret i enlighet med förslagen om detta i SOU 2021:80, bör IVO få direkt tillgång till uppgifter om vilka vårdgivare som har avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring och som även bedriver offentligt finansierad vård. IVO kan vid en eventuell tillsyn utgå från de uppgifterna och kontrollera dels att den vård som avtalet med regionen omfattar inte erbjuds till försäkringspatienter, dels att remittering inte sker i strid

med bestämmelserna. IVO kan härtill granska att vårdgivaren har gett sådana direktiv och fastställt rutiner som säkerställer att remitteringen inte sker. IVO:s rätt att vid behov ta del av vårdgivarens här aktuella avtal följer av 7 kap. 20 § PSL. Där anges att den som står under IVO:s tillsyn är skyldig att på begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten samt de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för tillsynen.

Nuvarande bestämmelser om IVO:s tillsyn och möjligheter att utfärda sanktioner finns i 7 kap. PSL. Det är lämpligt att utredningens förslag i denna del placeras där.

6.4 Förslagens påverkan på den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning: Förslaget om att en region inte får överlämna uppgifter till en vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen är med hänsyn till förslagets syfte proportionerlig.

Skälen för utredningens bedömning: Hälso- och sjukvården regleras redan i stora delar i HSL. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har regionerna ändå en relativt stor frihet att organisera hälso- och sjukvården. Förslaget att regionerna inte ska få överlämna uppgifter till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring, medför en begränsning i denna frihet. Förslaget innebär därmed också en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap. 3 § regeringsformen, RF). Om syftet kan uppnås på ett mindre ingripande sätt ska i stället det alternativet väljas (prop. 2009/10:80 s. 212). Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att målbestämmelserna för svensk hälso- och sjukvård uppfylls. Det är viktigt att hela befolkningen tillförsäkras vård på lika

villkor, oberoende av regionalt styre. Behovet av en statlig reglering av privata sjukvårdsförsäkringar har även konstaterats i SOU 2021:80 och alternativa lösningar har föreslagits i det betänkandet. Regeringen har tillsatt denna utredning för att ta fram ytterligare förslag, med hänvisning till att det finns angelägna allmänna intressen att skydda. Det är vidare, med hänsyn till regionernas ansvar för hälso- och sjukvården, viktigt att en reglering med uppgivna ändamål ställer krav på just regionerna.

Vid en sammantagen bedömning av förslagets syfte och svårigheterna att tillgodose detta på andra sätt får förslaget anses utgöra ett nödvändigt och även godtagbart ingrepp i den kommunala självstyrelsen. I kapitel 8 redogör utredningen närmare för de konsekvenser som utredningens förslag kan förväntas få för regionerna.

6.5 Förslagens förenlighet med rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

Utredningens bedömning: Förslagen är förenliga med rätten till egendomsskydd.

Förslagen är också förenliga med rätten till näringsfrihet.

Utredningens bedömning: Av regeringsformen, RF, följer att varje medborgares egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen (2 kap. 15 § RF). Bestämmelsen ger skydd mot två huvudtyper av ingrepp i äganderätten: när någon tvingas avstå från egendom genom expropriation eller annat sådant förfogande och när det allmänna inskränker användning av mark och byggnader. Utredningens förslag innebär inte att någon tvingas avstå från egendom på det sätt som här avses. Förslagen innebär därför inte ett ingrepp i det egendomsskydd som följer av denna bestämmelse.

Även av den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (Europakonventionen) följer ett egendomsskydd. I konventionen anges att varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Skyddet utgör dock inte

hinder mot att införa sådan lagstiftning som bedöms nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse (art. 1 i första tilläggsprotokollet till Europakonventionen). Med egendom avses här inte bara fast och lös egendom, även bl.a. ekonomiska intressen och förväntningar avseende utövande av näringsverksamhet omfattas av skyddet (se Europadomstolens vägledning s. 8 och 14 samt Grundlagsutredningens betänkande En reformerad grundlag del 1 [SOU 2008:105] s. 431). Egendomsskyddet i Europakonventionen är alltså mer omfattande än det skydd som följer av RF.

Utredningens förslag innebär att privata vårdgivare som har ingått avtal om att bedriva offentligt finansierad vård och samtidigt finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar inte fortsättningsvis kommer att kunna göra det. Frågan är om detta innebär en inskränkning i äganderätten enligt Europakonventionen. Med beaktande av bestämmelser som reglerar regionernas möjlighet att upphandla vårdgivare finns dock även nu en risk för att sådana vårdgivare inte vinner en ny upphandling när det gamla avtalet har löpt ut. Även i exempelvis ett vårdvalssystem kan villkoren förändras så att en vårdgivare som tidigare varit kvalificerad inte längre kan bedriva offentligt finansierad vård, om regionen ställer nya krav som vårdgivaren inte kan eller vill följa. Att nya krav och regler kan innebära att avtal måste sägas upp eller omförhandlas behöver beaktas av alla samhällsaktörer. De privata vårdgivarna bör därför inte anses ha sådana legitima förväntningar på en framtida inkomst genom avtal med regionen, att förslagen innebär en inskränkning i skyddet för äganderätten. Förslagen är även i övrigt förenliga med rätten till egendomsskydd.

När det gäller rätten till näringsfrihet följer denna också av svensk grundlag. I 2 kap. 17 § RF fastställs att näringsfriheten bara får inskränkas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig med det enda syftet att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredningen konstaterar att förslagen kan innebära en inskränkning i denna rättighet för de privata vårdgivarna. Genom förslagen begränsas möjligheten för privata vårdgivare att fritt välja finansieringsform. Privata vårdgivare som har avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring påverkas härtill av förbudet mot remittering. Förslagen innebär dock

inte ett förbud för privata vårdgivare att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring.
I förarbetena uttalas att det är av grundläggande betydelse för det moderna samhället att så långt som möjligt garantera näringsfriheten (prop. 1993/94:117 s. 20). En begränsning i denna rättighet som avser att tillgodose angelägna allmänna intressen, såsom hälsovårdsintressen, är tillåten förutsatt att den inte införs för att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag (prop. 1993/94:117 s. 51). Utredningens förslag syftar till att säkerställa att målbestämmelserna för hälso- och sjukvården följs. Dessa innebär, som framgår ovan, att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska också ges företräde till vården. Detta är ett angeläget allmänt intresse. Mot bakgrund av förslagens syfte får begränsningen i näringsfriheten anses vara proportionerlig. Förslagen är generellt utformade och syftar inte till att gynna någon person eller något företag. Den s.k. likhetsprincip som fastställs i 2 kap. 17 § RF åsidosätts då inte. Förslagen bedöms inte heller på annat sätt utgöra en otillåten inskränkning i rätten till näringsfrihet.

6.6 Förslagens förenlighet med etableringsfriheten och unionsrätten i övrigt

Utredningens bedömning: Förslagen strider inte mot etableringsfriheten eller unionsrätten i övrigt.

Skälen för utredningens bedömning: EU-länderna ansvarar själva för sin hälso- och sjukvård. Unionsrätten inkräktar därför inte på Sveriges behörighet att utforma sitt system för hälso- och sjukvård samt social trygghet (se bl.a. art. 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, FEUF, och EU-domstolens dom den 11 december 2014 i mål nr C-113/13 punkt 55). Hälso- och sjukvårdstjänster kan ändå under vissa omständigheter omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster och etableringar (se bl.a. art. 4.2 k och 6 a FEUF). Etableringsfriheten betyder att medborgare i en medlemsstat har rätt att fritt etablera sig inom en annan

medlemsstats territorium. Utländska vårdgivare ska med den utgångspunkten ha rätt att starta och utöva verksamhet på samma villkor som gäller för svenska vårdgivare (art. 49 och 56 FEUF).

Utredningens förslag är neutrala och påverkar alla privata vårdgivare på samma sätt, oavsett var de har sitt säte. Att förslagen utgör en begränsning i rätten att fritt välja finansieringsform och avtalspartner för vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård innebär inte en sådan inskränkning i rätten för utländska vårdgivare att etablera sig i Sverige att förslagen mot den bakgrunden utgör ett hinder mot etableringsfriheten (jfr t.ex. EU-domstolens dom den 24 mars 2011 i mål nr C-400/08 punkt 63). Utredningen anser att förslagen inte heller på annat sätt inskränker denna rätt.

När förslagen träffar förhållanden som omfattas av upphandlingsregelverket ska de även tolkas i ljuset av här tillämplig unionsrätt. Förslagen bedöms vara förenliga med de upphandlingsrättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet som då ska beaktas (se avsnitt 3.4.1). Förslagen är också i övrigt förenliga med unionsrätten.

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Bestämmelsen om att regionen inte får överlämna uppgifter till en privat vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring ska inte tillämpas på avtal som ingåtts före lagens ikraftträdande. Detsamma gäller för bestämmelsen om att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region om att utföra uppgifter inte får erbjuda sådan vård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. För avtal som har ingåtts enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem ska dock bestämmelserna tillämpas senast från och med den 1 januari 2026.

Bestämmelserna om remittering och vårdgivarens ansvar att ge direktiv samt fastställa rutiner ska tillämpas från och med den 1 januari 2026. Bestämmelsen om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) möjlighet att utfärda föreläggande när en vårdgivare inte följer de bestämmelserna ska tillämpas från och med samma datum.

Skälen för utredningens förslag: Det är angeläget att hälso- och sjukvårdens målbestämmelser om att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av vård också ges företräde till vården, upprätthålls. De föreslagna lagändringarna bör därför träda i kraft så snart som möjligt. Utredningen har samtidigt en förståelse för att både regioner och framför allt privata vårdgivare behöver viss tid för att anpassa sina verksamheter efter de nya förhållandena.

Utredningen konstaterar att de föreslagna bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, så långt som möjligt inte bör påverka redan ingångna avtal. Parterna får anses ha ett berättigat intresse av att bedriva verksamheten i enlighet med vad som avtalats om. Med hänsyn till hur reglerna om offentlig upphandling är utformade kan en vårdgivare som upphandlats den vägen likväl inte utgå från att ett avtal med en region ska löpa tills vidare. Det är därför rimligt att när ett avtal mellan regionen och en vårdgivare löpt ut blir ändringen tillämplig. Möjligheten att förlänga ett avtal bör som utgångspunkt följa redan av avtalet. Förlängningar av redan ingångna avtal kommer därmed rimligen inte att påverkas av utredningens förslag i denna del.

Vad gäller avtal som slutits med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, kan dessa i praktiken löpa betydligt längre än avtal som slutits med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (se t.ex. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2014[10], s. 19). För att undvika att det under en alltför lång tid finns stora skillnader i hur vårdgivare som tar emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring tillåts bedriva offentligt finansierad vård, ska bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § HSL tillämpas senast från och med den 1 januari 2026 för avtal som slutits med stöd av LOV. Regionerna kan även före det datumet ändra i underlaget för sådana upphandlingar, så att bestämmelserna börjar tillämpas tidigare.

Bestämmelserna om remittering och vårdgivarens ansvar att ge direktiv och fastställa rutiner i 5 kap. 10 § HSL ska tillämpas från och med den 1 januari 2026. Det har då gått två år sedan lagändringarna trädde i kraft, vilket får anses vara en väl avvägd tid inom vilken berörda vårdgivare ges möjlighet att ställa om sin verksamhet. De vårdgivare som vill remittera till offentligt finansierad vård men som nu har avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring bör också inom denna tid kunna säga upp sådana avtal med försäkringsbolag.

En naturlig följd av att 5 kap. 10 § HSL ska tillämpas från och med den 1 januari 2026 är att bestämmelserna i 7 kap. 28 c § patientsäkerhetslagen (2010:659) som ger IVO möjlighet att utfärda föreläggande för att säkerställa att reglerna följs, ska tillämpas från

[10] SKR, 2014, Krav på leverantörer och avtalsvillkor i LOV-upphandlingar, En krav- och villkorsbank.

och med samma tidpunkt. Även möjligheten att överklaga IVO:s beslut i den här delen ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

8 Konsekvenser av förslagen

8.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar

Utredningen har fått i uppdrag att ta fram förslag på regler som i huvudsak innebär ett förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården. Det finns i nuläget inte några särskilda regler som förhindrar sådan finansiering hos vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård för en regions räkning. I SOU 2021:80 konstateras att det finns ett behov av regler för att tillförsäkra patienter inom den offentligt finansierade vården en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (SOU 2021:80 s. 23 och 391 f.). I propositionen Ökad kontroll i hälso- och sjukvården uttalas vidare att regeringen bedömer att det finns en risk för att patienter i den offentligt finansierade vården påverkas negativt när en region överlämnar uppgiften att erbjuda vård till en privat vårdgivare och den privata vårdgivaren också tar emot uppdrag från försäkringsbolag och därmed även ska erbjuda vård till patienter med privata sjukvårdsförsäkringar (prop. 2021/22:260 s. 12).

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Dessa principer, människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, utgör de två första principerna i den etiska plattformen som ska styra beslut om prioriteringar i vården. Människovärdesprincipen innebär att det bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet,

kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden (prop. 1981/82:97 s. 27 f. och 114). Behovs- solidaritetsprincipen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Denna princip ska ge ledning på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla, och vara vägledande i det direkta vårdarbetet (se exempelvis SOU 2001:8 s. 107 och SOU 2021:80 s. 76).

Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att privata sjukvårdsförsäkringar inte på ett negativt sätt påverkar möjligheten att upprätthålla nämnda principer inom den offentligt finansierade vården. Privata vårdgivare som erbjuder vård på uppdrag av försäkringsbolag ska enligt avtal med försäkringsbolagen garantera patienterna som omfattas av en sjukvårdsförsäkring vård inom vissa uppställda tidsgränser. Den väntetid som garanteras patienter med försäkring är i regel betydligt kortare än vad som gäller för patienter inom den offentligt finansierade vården (se bl.a. avsnitt 5.2). När en privat vårdgivare bedriver offentligt finansierad vård och samtidigt erbjuder samma slags vård till patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring finns därför en risk för att patienterna med försäkring får en bättre tillgång till hälso- och sjukvården, i strid med människovärdesprincipen. Detta är särskilt problematiskt när det på grund av försäkringsbolagens krav inte är möjligt för hela befolkningen att på samma villkor teckna en sjukvårdsförsäkring (se närmare om försäkringsbolagens villkor i avsnitt 4.2.1). För att säkerställa att människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen upprätthålls för patienter inom den offentligt finansierade vården lämnar utredningen därför följande författningsförslag.

Utredningen föreslår att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region om att bedriva offentligt finansierad vård inte ska få erbjuda sådan vård som avtalet med regionen omfattar även till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt ska regionerna inte få överlämna uppgifter avseende hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet med regionen omfattar även till patienter med en privat sjukvårdsförsäkring. Utredningen har övervägt att bara lämna förslaget där ansvaret läggs på regionen, alternativt bara bestämmelsen som riktar sig mot de privata vårdgivarna. Ett avtal

om överlämnande enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, fråntar dock inte regionen ansvaret för att den privata vårdgivare som bedriver vård för regionens räkning gör det i enlighet med gällande regler. Det är viktigt att det tydligt framgår vilket ansvar regionen har för att i möjligaste mån undanröja de negativa konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar kan få för patienter inom den offentligt finansierade vården. Genom utredningens förslag får regionen dessutom på ett tydligare sätt en skyldighet att ställa krav redan vid upphandlingen av vårdgivare. Det är också rimligt att ställa krav på de privata vårdgivarna, eftersom det är de som beslutar om sin finansieringsform. De privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård har även de en skyldighet att garantera att målen för hälso- och sjukvården upprätthålls för patienterna inom den vården. Förslaget som riktar sig direkt mot vårdgivarna ger därtill en möjlighet för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att vidta åtgärder mot en vårdgivare som inte följer den bestämmelsen.

Utredningen föreslår vidare att en privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars hälso- och sjukvård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring inte ska få remittera en patient till den offentligt finansierade vården. Utredningen har i denna del övervägt en lösning enligt uppdragets ordalydelse, som skulle innebära att samtliga vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad vård förhindras att remittera patienter till den offentligt finansierade vården. Det alternativet står enligt utredningens bedömning inte i proportion till vad som krävs för att uppnå bestämmelsens syfte. Utredningen har också övervägt alternativet där den enskilda patientens finansiering av vård hos den remitterande verksamheten avgör om remitteringen får eller inte får ske. Den lösningen bedöms bli betydligt lättare att kringgå hos den remitterande vårdgivaren än den nu föreslagna lösningen. En sådan regel är dessutom betydligt svårare att följa upp, bl.a. eftersom en granskning kan förväntas innefatta ett behov av att på individnivå kartlägga patienternas finansiering av vård.

För att i möjligaste mån säkerställa att förslagen om finansiering och remittering efterlevs föreslår utredningen att IVO ska få förelägga en privat vårdgivare som bryter mot bestämmelserna att vidta åtgärder för att följa dem. Möjligheten för IVO att vidta

åtgärder mot vårdgivare som bryter mot dessa förslag bedöms nödvändig för att säkerställa att de får avsedd effekt.

En utförligare beskrivning av behoven av reglering och motiveringen till utredningens förslag finns i avsnitt 5.5 samt i kapitel 6. Förslagen kommer framför allt att beröra patienter, regioner, privata vårdgivare, försäkringsbolag som tillhandahåller privata sjukvårdsförsäkringar och IVO. Förslagen kommer dessutom att beröra de arbetsgivare och organisationer som erbjuder sina anställda respektive medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen redogör nedan för de konsekvenser föreslagen kan förväntas få.

8.2 Konsekvenser för patienter

Genom att begränsa de privata sjukvårdsförsäkringarnas negativa påverkan på den offentligt finansierade vården förstärks rätten till tillgång till vård på lika villkor och efter behov. Det är grundläggande förutsättningar för den svenska hälso- och sjukvården. Med hänsyn till förslagens syfte och det faktum att alla patienter har tillgång till den offentligt finansierade vården bedöms därför de sammantagna konsekvenserna för patienter vara övervägande positiva.

För patienter utan privat sjukvårdsförsäkring bidrar förslagen till en jämlikare hälso- och sjukvård. Förslagen medför samtidigt en förändring i patienternas möjlighet att välja vårdgivare. Det gäller särskilt de patienter som föredrar en vårdgivare som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar för den efterfrågade vården. En patient med sjukvårdsförsäkring som föredrar att remitteras till den offentligt finansierade vården kommer inte heller att genom sin försäkring kunna få en sådan remiss. Utredningen anser att människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen väger tyngre än rätten att välja vård och vårdgivare. En patient med försäkring som önskar få fortsatt vård inom den offentligt finansierade vården har också möjlighet att vända sig dit själv för att få det.

Det kan finnas farhågor om att förbudet mot remittering innebär att när en privat vårdgivare identifierat ett brådskande vårdbehov hos en patient med sjukvårdsförsäkring och den vården bara tillhandahålls inom den offentligt finansierade vården, kommer

patienten att drabbas mycket negativt när remittering inte får ske. Även den patienten kommer att på egen hand kunna vända sig till den offentligt finansierade vården för att få nödvändig vård. Patienten bör kunna ta med sig journaler och liknande underlag från den privata vårdgivaren för att med hjälp av det underlaget undanröja behovet av en eventuell ny omfattande utredning, eller åtminstone väsentligen påskynda en utredning. Utredningen är medveten om att den föreslagna begränsningen av remitteringsrätten medför ett extra led, genom att patienten själv behöver uppsöka den offentligt finansierade vården på ett sätt som inte hade behövts om remitteringen varit tillåten. Eftersom patienten sannolikt fått en snabb tillgång till vård genom sin försäkring, och därmed snabbare utredning och diagnos, torde patienten ändå som utgångspunkt inte hamna i ett sämre läge än en patient som från början vänder sig till den offentligt finansierade vården. Om patientens vårdbehov bedöms som brådskande av professionen inom den offentligt finansierade vården har regionen också redan i dag en skyldighet att snarast möjligt tillhandahålla vård, trots avsaknaden av en remiss. Detta följer av regionernas ansvar enligt befintliga bestämmelser i HSL.

8.3 Konsekvenser för företag

8.3.1 Privata vårdgivare

Förbudet mot att bedriva offentligt finansierad vård och även ta emot patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring för den vård som avtalet med regionen omfattar, påverkar framför allt de privata vårdgivare som har avtal med både en eller flera regioner och försäkringsbolag. Förslagen påverkar också alla privata vårdgivare indirekt genom att de begränsas i möjligheten att fritt välja finansieringsform och vilka de ska ingå avtal med. Samtliga vårdgivare som tar emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring påverkas härtill av förbudet mot remittering. I kapitel 6 konstateras att förslagen kan utgöra en inskränkning i rätten till näringsfrihet, men att begränsningen får anses vara proportionerlig med hänsyn till dess syfte. Förslagen är generellt

utformade och syftar inte till att gynna någon person eller något företag. Den s.k. likhetsprincip som fastställs i 2 kap. 17 § RF åsidosätts därmed inte. Förslagen bedöms inte heller på annat sätt utgöra en otillåten inskränkning i rätten till näringsfrihet (se avsnitt 6.5).

Antal och storlek på vårdgivare som kan beröras

Det fanns ungefär 32 000 företag inom hälso- och sjukvård registrerade i SCB:s företagsdatabas år 2019. I databasen ingår företag som är registrerade för F-skatt, mervärdesskatt eller som arbetsgivare, inklusive offentligt ägda företag och offentliga enheter. SCB:s statistik över företagens ekonomi innehåller inte offentliga enheter, men däremot offentligt ägda företag. Den statistiken visar att förtag inom vård- och omsorg sammantaget hade omkring 65 000 anställda och omsatte cirka 89 miljarder kronor år 2019. Tabellen nedan visar statistiken fördelat efter storleken på företagen sett till antalet anställda och andelen av företag, anställda och omsättning som fanns inom företagen i respektive storleksklass.

Tabell 8.1 Företag inom hälso- och sjukvården (SNI 86) 2019

Antal, andel och miljoner kronor, 2019 års priser

	Antal, värde			Andel av total		
Storlek antal anställda	Företag	Anställda	Netto-omsättning	Företag	Anställda	Netto-omsättning
0–19	31 801	23 094	36 289	99%	36%	41%
20–49	220	6 534	8 791	1%	10%	10%
50–99	58	3 887	5 163	0%	6%	6%
100–249	32	5 019	6 647	0%	8%	7%
250+	35	26 514	31 997	0%	41%	36%
Total	**32 146**	**65 048**	**88 887**			

SCB, Basfakta företag enligt Företagens ekonomi efter näringsgren SNI 2007, tabellinnehåll och storleksklass, 2019.

Som framgår av tabellen är de flesta företag inom hälso- och sjukvården mycket små. Med utgångspunkt i uppgifterna från 2019 har 99 procent av företagen i branschen färre än 20 anställda. De företagen står för 36 procent av samtliga anställda bland företagen inom vård och omsorg och för 41 procent av den samlade omsättningen. Det finns 35 stora företag, med 250 eller fler anställda, som står för 41 procent av samtliga anställda och 36 procent av den samlade omsättningen.

Konsekvenserna för de vårdgivare som har avtal med både en eller flera regioner och försäkringsbolag beror bl.a. på hur stor del av intäkterna som kommer från respektive avtalspart. Det finns inga offentliga uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar privata vårdgivare för den vård de utför (se SOU 2021:80 s. 188). De ekonomiska konsekvenserna kan därför inte bedömas med någon större exakthet. Det saknas också offentliga uppgifter om hur många vårdgivare som både har avtal med regioner och försäkringsbolag. Bedömningarna som presenteras i detta avsnitt är därmed osäkra och bygger på ett antal antaganden. Utredningen har ändå försökt att kartlägga hur många privata vårdgivare som berörs direkt av förslagen och i vilken utsträckning.

En uppskattning av de ekonomiska konsekvenserna

Privata sjukvårdsförsäkringar finansierar framför allt åtgärder inom planerad specialiserad somatisk vård, nedan specialistvård. Det finns ungefär 6 150 företag med sådan verksamhet (SOU 2021:80 s. 167 och 494). Enligt SCB:s företagsdatabas fanns år 2019 cirka 4 900 företag med branschkoderna för specialistläkarmottagningar. Det kan inte uteslutas att sådana vårdgivare finns inom även andra vårdrelaterade branschkoder. Det finns inga offentliga uppgifter om omsättningen bland företag på en så finfördelad branschnivå, men däremot uppgifter om storleksfördelningen bland företagen sett till antalet anställda. Statistiken visar att storleksfördelningen bland företagen med koden för specialistläkarmottagningar inte skiljer sig från storleksfördelningen bland företagen inom hälso- och sjukvård generellt. Det är därför troligt att även omsättningen bland dessa företag följer ett liknande mönster som bland andra vård- och omsorgsföretag. De 6 150 företagen motsvarade 2019 ungefär 20 procent av det totala antalet privata företag inom vård och omsorg samt har runt 20 procent av de anställda. Det kan då antas att också omsättningen i företagen inom specialistvården utgör ungefär 20 procent av omsättningen bland vård- och omsorgsföretag totalt sett. Nettoomsättningen i företagen inom specialistvården kan då uppskattas till ungefär 17,78 miljarder kronor 2019.

De privata sjukvårdsförsäkringarna står för en förhållandevis liten andel av finansieringen av hälso- och sjukvården, även om det ser olika ut inom olika vårdområden och regioner (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 43 och SOU 2021:80 s. 188 f.).

De totala premieinbetalningarna till sjukvårdsförsäkringar uppgick till cirka 3,57 miljarder kronor år 2019. Eftersom storleken på utbetalningarna från försäkringarna måste balanseras av premieinbetalningar, åtminstone sett över en längre tidsperiod, kan premieinbetalningarna användas för att uppskatta hur mycket försäkringsbolagen betalar för vården. Då det i princip bara är patientavgifter som ersätts av sjukvårdsförsäkringarna inom offentligt finansierad vård kan en mycket stor del av utbetalningarna antas tillfalla de privata vårdgivare som försäkringsbolagen har avtal med. Nedan uppskattas hur stor del av de privata vårdgivarnas finansiering som kommer från sjukvårdsförsäkringar, utan att beakta att patientavgifterna omfattas. Det medför att uppskattningen tenderar att överskatta betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar för de privata vårdgivarna.

Om inbetalda premier till privata sjukvårdsförsäkringar ställs i relation till den uppskattade omsättningen bland företagen inom hälso- och sjukvård 2019 motsvarar premierna ungefär 4 procent av omsättningen. Det indikerar att sjukvårdsförsäkringar utgör en liten del av omsättningen bland vårdgivarna totalt sett. De ekonomiska effekterna av förslagen för vårdgivarna som kollektiv bör därmed vara små. För de mindre privata vårdgivarna kan konsekvenserna av inkomstbortfallet från försäkringsbolagen alternativt en region få en större påverkan på vårdgivarens totala intäkter. Skulle samtliga premieinbetalningar antas gå till de 6 150 företagen inom specialistvården kan det ses som en övre gräns för hur stor del av omsättningen i de företag som tar emot försäkringspatienter som i genomsnitt utgörs av betalningar från privata sjukvårdsförsäkringar. Anledningen till att det utgör en övre gräns för genomsnittet är att premierna också finansierar patientavgifter och att en del av premierna finansierar andra typer av privat vård. Om premieinbetalningarna ställs i relation till den uppskattade omsättningen bland de 6 150 företagen inom specialistvården så utgör premierna omkring 20 procent av förtagens omsättning (3,57 miljarder kronor av en nettoomsättning på 17,78 miljarder kronor). För en vårdgivare med denna genomsnittliga fördelning av omsättningen står sjukvårdsförsäkringar alltså för ungefär 20 procent av omsättningen. Den genomsnittliga fördelningen av intäkter mellan försäkringar och andra inkomstkällor kan avvika beroende på situationen hos den enskild vårdgivaren. Det kan finnas

vårdgivare som är mer eller mindre beroende av intäkter från försäkringsbolag, de som är helt beroende av de intäkterna och de som inte alls är det.

För att, i avsaknad av officiella uppgifter, göra en uppskattning av hur många vårdgivare som har avtal med både försäkringsbolag och en eller flera regioner kan SCB:s utförarregister ge viss ledning. I registret ingår privata företag, ideella organisationer, stiftelser och kyrkor samt regionägda företag. Där finns totalt 1 052 utförare inom specialistvården med avtal med minst en region 2019. Eftersom regionerna rapporterar individuellt kan samma vårdgivare ha rapporterats till registret flera gånger när den har avtal med fler än en region. Siffran ska därför ses som en övre gräns för antalet vårdgivare som har båda finansieringsformerna; det verkliga antalet är sannolikt lägre och som mest bedöms drygt 1 000 företag antas beröras direkt av utredningens förslag. Det finns dock ingen närmare information om dessa specifika företag, sett till exempelvis storlek eller inriktning på verksamheten.

Administrativa kostnader

Det kan antas att de privata vårdgivarna som en följd av förslagens konsekvenser kommer att anpassa sina verksamheter. De vårdgivare som fortsätter att ta emot patienter med sjukvårdsförsäkring kan komma att välja att bara göra det och exempelvis patienter som remitteras från den offentligt finansierade vården för sådan vård som inte erbjuds patienterna med försäkring. Vårdgivarna kan anpassa sina kontrakt med en region och därigenom fortsätta att ta emot patienter med försäkring för annan vård än den som avtalet med regionen omfattar. Remisser kan då utfärdas till en privat vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad vård. En sådan omställning av verksamheten kan inbegripa behov av ny marknadsföring för att nå en viss målgrupp och behov av att se över samt eventuellt säga upp befintliga avtal. Att se över avtal kan antas vara tidskrävande, men eftersom det ska göras regelbundet oavsett utredningens förslag bör arbetet inte innebära ökade löpande kostnader. Detsamma bör gälla arbetet med att nå ut till nya patientgrupper, något som kan förväntas vara en redan befintlig uppgift för många privata vårdgivare och då en redan beräknad kostnad.

De administrativa kostnaderna bedöms därför huvudsakligen uppkomma vid införandet av förslagen, när vårdgivarna ska sätta sig

in i vad reglerna innebär och ta fram nya rutiner för att säkerställa att de följs. För vårdgivare som väljer att fortsätta ta emot försäkringspatienter tillkommer, utöver arbetet med avtalen, ett arbete med att ändra i befintliga rutiner för remisser. De behöver även informera sin/sina verksamheter för att säkerställa att det inte förekommer remittering som bryter mot utredningens förslag.

För att uppskatta de administrativa kostnaderna har utredningen använt medellönen år 2020 ur SCB:s lönestatistik om 36 100 kronor. Månadslönen har räknats om till en timkostnad med beaktande av semesterersättning (12 procent), arbetsgivaravgifter (31,42 procent) och overheadkostnader för bl.a. lokaler (25 procent), i enlighet med Tillväxtverkets metodik (Tillväxtverket, 2017[11]). Efter uppräkning uppgår timkostnaden till 383 kronor. För vårdgivare som har avtal med både försäkringsbolag och en eller flera regioner kan den tillkommande insatsen för att sätta sig in i de nya reglerna och se över avtalsvillkoren vara mer betungande och tidsåtgången för detta uppskattas till 10 timmar per företag. I utförarregistret finns drygt 1 000 företag som har avtal med minst en region och kan beröras av detta (se ovan). Vid en timkostnad om 383 kronor kan den administrativa kostnaden då uppskattas till 3,83 miljoner kronor (1 000 × 10 × 383).

Företag som har avtal med försäkringsbolag och behöver ta fram nya rutiner för att säkerställa att remittering till den offentligt finansierade vården inte sker finns främst inom specialistvården och uppskattas beröra ungefär 6 150 företag (se ovan). Antalet vårdgivare som berörs av förslaget om remittering kan således uppskattas till 6 150. Tidsåtgången för att se över rutiner för remittering kan variera, men uppskattas till 1 timme per vårdgivare i genomsnitt. Vid en timkostnad om 383 kronor kan den administrativa kostnaden för det arbetet då uppskattas till som högst 2,36 miljoner kronor (6 150 × 1 × 383).

Sammanfattningsvis kommer privata vårdgivare att påverkas av förslagen i olika stor omfattning. De ekonomiska effekterna för de privata vårdgivarna sett som kollektiv bör vara små, medan konsekvenserna av inkomstbortfall kan få en stor påverkan på vissa vårdgivare. Utredningen vill dock här återigen påminna om att möjligheten att erbjuda patienter med en sjukvårdsförsäkring annan

[11] Tillväxtverket, 2017, Ekonomiska effekter av nya regler, Så beräknar du företagens kostnader, Info 0696.

vård än den vård som avtalet med en region omfattar kommer att finnas kvar, liksom möjligheten att ta emot patienter som bekostar sin vård på egen hand.

8.3.2 Försäkringsbolag

Antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar har varierat över tid. År 2013 var det 17 aktörer som erbjöd privata sjukvårdsförsäkringar (European Observatory on Health Systems and Policies, 2016[12], s. 144). Enligt uppgift från Svensk Försäkring finns i dagsläget elva försäkringsbolag som erbjuder sådana försäkringar. Det är huvudsakligen dessa som förslagen kan få konsekvenser för.

Syftet med förslagen är som nämnts att förhindra den negativa påverkan som de privata sjukvårdsförsäkringarna kan få för patienter inom den offentligt finansierade vården. Förslagen innebär inte ett förbud för privata sjukvårdsförsäkringar i allmänhet, men kan minska efterfrågan på sådana. Det kommer ändå fortfarande att vara möjligt för de som vill teckna en sådan försäkring och uppfyller försäkringsbolagens krav, att göra det. Trots att förslagen kan leda till att färre vårdgivare tillhandahåller vård på uppdrag av försäkringsbolagen, kommer det med största sannolikhet att finnas ett antal privata vårdgivare som fortsätter att göra det. När privata vårdgivare som har avtal med försäkringsbolagen inte längre kan remittera patienter med sjukvårdsförsäkring till den offentligt finansierade vården kan försäkringsbolagens utgifter för vård visserligen antas öka något, eftersom vården hos privata vårdgivare kan förväntas vara dyrare för försäkringsbolagen än om fortsatt vård ges inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring[13] omfattades 723 000 personer av en sjukvårdsförsäkring i slutet av 2021. De totala premieinbetalningarna för dessa försäkringar uppgick till ungefär 3,9 miljarder kronor och utgjorde omkring 20 procent av försäkringsbolagens totala premieinbetalningar avseende sjuk-, olycksfalls- och sjukvårdsförsäkring under det året. Sett i relation till de totala premieinbetalningarna (avseende företags- och

[12] European Observatory on Health Systems and Policies, 2016, Voluntary health insurance in Europe: country experience.
[13] Statistik hämtad från Svensk Försäkrings webbplats den 2 juni 2022.

fastighetsförsäkring, hem- och villaförsäkring, sjuk-, olycksfalls- och sjukvårdsförsäkring, skadeförsäkring övrigt samt trafik- och motorfordonsförsäkring) utgjorde privata sjukvårdsförsäkringar ungefär 2 procent av de totala premieinbetalningarna. Det rör sig om en förhållandevis liten del av totalt inbetalda premier. Med hänsyn till att det fortfarande kommer att vara möjligt att teckna privata sjukvårdsförsäkringar bedöms förslagen därför endast få begränsade effekter för försäkringsbolagen.

8.3.3 Arbetsgivare och organisationer

Närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar, tre av tio är gruppförsäkringar medan en av tio är individuella sjukvårdsförsäkringar I slutet av 2021 omfattades 723 000 av en privat sjukvårdsförsäkring. De allra flesta var i arbetsför ålder (uppgifter från Svensk Försäkring[14], se även SOU 2021:80 s. 178).

De anställda som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar bedöms vara överrepresenterade bland mindre företag (Palme, 2017, s. 23 f.) Alla arbetsgivare har ett åtgärds- och kostnadsansvar för såväl sjukskrivning som för företagshälsovård (3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen [1977:1160]). Vissa arbetsgivare väljer att teckna privata sjukvårdsförsäkringar för att uppfylla delar av de skyldigheterna. De arbetsgivarna, särskilt de små, kan av olika skäl använda sjukvårdsförsäkringar som ett alternativ och komplement till det traditionella sättet att erbjuda företagshälsovård. Sådana arbetsgivare kommer inte att vara förhindrade att även framöver teckna privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda. Möjlighet att genom en försäkring få vård hos privata vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer att finnas kvar, liksom möjligheten att tillhandahålla företagshälsovård genom en privat vårdgivare utan att gå via ett försäkringsbolag.

Förslagen kan, som ovan nämnts, påverka antalet utförare av hälso- och sjukvård på uppdrag av försäkringsbolagen. Detta kan få konsekvenser både för arbetsgivare och organisationer som tillhandahåller försäkringar för sina medlemmars räkning då

[14] Svensk Försäkrings webbplats den 3 juni 2022, https://www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2022/fortsatt-stort-intresse-for-sjukvardsforsakring/.

försäkringarna kan bli mindre attraktiva för de enskilda. Det är omkring 1,6 miljoner personer som har möjlighet att teckna sjukvårdsförsäkring genom sitt medlemskap i ett fackförbund (Blix, 2022,[15] s. 1). Förslagen innebär inte ett förbud mot att teckna privata sjukvårdsförsäkringar och det kommer med största sannolikhet att finnas privata vårdgivare som fortsätter tillhandahålla vård på uppdrag av försäkringsbolagen, liksom vårdgivare som enbart bedriver privat finansierad vård utan behov av att remittera till den offentligt finansierade vården. Den förmån som arbetsgivare och organisationer erbjuder genom möjligheten att omfattas av en sjukvårdsförsäkring kommer därmed inte att behöva förändras väsentligt.

8.4 Konsekvenser för regionerna

Samtliga regioner kommer att påverkas av utredningens förslag. Förslaget om att en region inte får överlämna uppgifter till en vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslagens påverkan på den kommunala självstyrelsen behandlas särskilt i promemorians sjätte kapitel. I avsnitt 6.4 bedömer utredningen att inskränkningen är både nödvändig och godtagbar med hänsyn till regleringens syfte. Nedan redogör utredningen för de övriga konsekvenser för regionerna som har identifierats.

Privata vårdgivare kommer genom förslagen inte längre kunna erbjuda samma typ av vård till patienter inom den offentligt finansierade vården och patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring. Privata sjukvårdsförsäkringar ersätter huvudsakligen kostnader för planerad specialistvård. Den vård som ges av primärvården erbjuds vanligtvis inte genom sådana försäkringar (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 31 och SOU 2021:80 s. 168). Regioner som har många avtal om att överlämna uppgifter inom specialistvården till privata vårdgivare kommer följaktligen att påverkas i högre grad än de regioner som i större utsträckning bedriver vården i egen regi.

[15] Mårten Blix, 2022, Privata sjukvårdsförsäkringar och arbetsmarknaden.

Om många privata vårdgivare väljer att inte längre bedriva offentligt finansierad specialistvård för att i stället kunna erbjuda den vården på uppdrag av försäkringsbolag kommer antalet utförare av offentligt finansierad vård att minska, åtminstone inledningsvis. Det kan påverka regionernas möjlighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård i det korta perspektivet. De privata sjukvårdsförsäkringarna står för en mindre del av finansieringen av hälso- och sjukvården och det bör finnas både intresse och behov hos flera privata vårdgivare att fortsätta bedriva offentligt finansierad vård. Regionernas skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård kan ändå under en övergångsperiod innefatta ett relativt omfattande merarbete i form av planering och nya upphandlingar.

Vid upphandlingar enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling kommer arbetet bl.a. att inbegripa justering av upphandlingsunderlag och avtalsmallar. Regionerna kommer härtill att behöva se över befintliga avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, annonsering och förfrågningsunderlag samt hantera konsekvenserna av nödvändiga ändringar. Det kan röra sig om ändringar i gällande avtal, hantering av uppsagda avtal och planeringen av vård i egen regi om många vårdgivare väljer att inte längre ingå i valfrihetssystemet. Av uppgifter från Valfrihetswebben, där annonser för valfrihetssystem i regioner publiceras, framgår att åtminstone annonseringen för de tjänster som ingår i valfrihetssystemen redan i dag justeras relativt regelbundet. Det får också förutsättas att regionerna med jämna mellanrum behöver se över underlag och avtalsmallar för offentliga upphandlingar. Eftersom nya upphandlingar görs regelbundet ska det finnas befintliga rutiner för det arbetet. Förslagen behöver därför, efter denna övergångsperiod, inte innebära stora merkostnader för regionerna löpande.

För de större regioner som har många avtal med privata vårdgivare som kan förväntas även ha avtal med försäkringsbolag kommer den ökande administrativa bördan och tillkommande kostnader att vara högre. De regionerna kan samtidigt förväntas ha mer resurser att avsätta för det arbetet. Eftersom förslagen medför åtaganden för regionerna kan den kommunala finansieringsprincipen bli tillämplig. Enligt den principen ska staten inte ålägga regionerna nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering (se t.ex. SOU 2007:11 s. 169 och 188). Utredningen

bedömer att de kostnader som förslagen kan förväntas medföra är så pass marginella att regionerna inte behöver tillföras extra medel.

Förslagen som reglerar de privata vårdgivarnas finansiering och ansvar för remittering samt IVO:s möjligheter att vidta åtgärder bedöms inte medföra några konsekvenser för vare sig regioner eller kommuner.

8.5 Konsekvenser för staten

8.5.1 Inspektionen för vård och omsorg

IVO berörs av förslagen om att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region inte ska få erbjuda sådan vård som avtalet med regionen omfattar till en patient med privat sjukvårdsförsäkring, samt förbudet mot remittering och vårdgivarens ansvar. Utredningen föreslår att IVO ska få förelägga privata vårdgivare som inte följer de bestämmelserna, och att beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Det är svårt att avgöra hur många granskningar och beslut förslagen kan generera. Om många vårdgivare bryter mot bestämmelserna kommer det att leda till ett merarbete för IVO. Detta bedöms dock inte komma att ske i någon större omfattning. I samband med införandet kan IVO behöva genomföra en informationsinsats för att uppmärksamma vårdgivarna på de nya regler som omfattas av myndighetens tillsynsverksamhet. Informationen bör kunna ges digitalt och därmed inte heller medföra några större ökade kostnader. IVO:s kostnader för förslagen bör därför vara sådana att de kan rymmas inom befintliga ramar.

8.5.2 Domstolarna

Förslagen om IVO:s möjlighet att utfärda föreläggande som kan förenas med vite kan ge en viss ökad arbetsbörda för Sveriges domstolar. Förelägganden som utfärdas av IVO kommer att kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. IVO:s eventuella ansökningar om utdömande av vite kommer också att hanteras av förvaltningsdomstolarna. Som anges i det ovanstående avsnittet

bedömer utredningen dock att det inte finns skäl att utgå från att många privata vårdgivare kommer att bryta mot bestämmelserna. Förslagen kan vidare få som följd att avtal mellan privata vårdgivare och regioner sägs upp och omförhandlas, något som också skulle kunna leda till ett ökat arbete för Sveriges domstolar om exempelvis tvister uppstår. Utredningen anser att det i nuläget även saknas skäl att utgå från ett sådant scenario. Vid en sammantagen bedömning bör förslagen därmed bara innebära en ringa ökning av antalet ärenden hos domstolarna. De eventuella kostnader som uppstår bedöms därför kunna hanteras inom ramen för befintliga anslag.

8.6 Konsekvenser för jämställdheten

Utredningen ska särskilt redogöra för de konsekvenser förslagen kan få för jämställdheten. Förslagen är könsneutrala och har inte som direkt syfte att påverka jämställdheten mellan kvinnor och män.

Den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken visar att kvinnor är överrepresenterade bland företagare inom hälso- och sjukvård. Drygt 60 procent av företagarna i denna bransch är kvinnor, vilket är en betydligt högre andel än andelen bland företagare totalt sett (drygt 30 procent). Det är alltså betydligt vanligare att kvinnor driver företag inom hälso- och sjukvård än att kvinnor är företagare generellt. Dessutom är ungefär 80 procent av de som är anställda inom hälso- och sjukvården kvinnor. I avsnitt 8.3.1 görs bedömningen att privata vårdgivare kommer att påverkas av förslagen i olika stor omfattning. De ekonomiska effekterna för de privata vårdgivarna sett som kollektiv bör vara små, medan de kan vara större för framför allt vissa små vårdgivare. Det finns dock inga uppgifter om hur ägandet ser ut i de företag som främst berörs av utredningens förslag, dvs. de företag som både har avtal med försäkringsbolag och med en eller flera regioner. Vårdgivarna kommer att kunna fortsätta ta emot patienter med en sjukvårdsförsäkring för annan vård än den vård som avtalet med en region omfattar och kunna ta emot patienter som bekostar sin vård på egen hand. De kommer troligtvis att anpassa sin verksamhet som en följd av utredningens förslag vilket kan medföra administrativa kostnader vid ikraftträdandet. Eftersom de administrativa kostnaderna till stor del består av fasta kostnader som är lika för alla

företag, kan detta relativt sett antas bli mer betungande för mindre företag.

Utredningen konstaterar vidare att ungefär två tredjedelar av dem som omfattades av en privat sjukvårdsförsäkring år 2015 var män. Det har inte framkommit att fördelningen skulle ha förändrats i någon större omfattning sedan dess, något som också konstateras i prop. 2021/22:260 (se propositionen s. 42. Se även Blix, 2022, s. 18). Män är därför överrepresenterade bland de som berörs av utredningens förslag. För patienter utan privat sjukvårdsförsäkring bidrar förslagen till en jämlikare hälso- och sjukvård. Förslagen kan mot denna bakgrund förväntas bidra till det jämställdhetspolitiska målet om en jämställd hälsa.

8.7 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning är att förslagen inte kommer ha betydelse för brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, offentlig service i olika delar av landet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Utredningens förslag syftar inte till att påverka sysselsättningen och bedöms inte ha några effekter av betydelse för denna. I avsnitt 6.6 behandlas frågan om förslagen är förenliga med EU-rätten. Utredningen gör där bedömningen att de varken strider mot etableringsfriheten eller unionsrätten i övrigt.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget om lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

28 b §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får förelägga en vårdgivare som bryter mot bestämmelsen i 5 kap. 9 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att vidta åtgärder för att följa den bestämmelsen.

Enligt 5 kap. 9 § HSL får en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region inte erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Med privata vårdgivare avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande.

Om en vårdgivare bryter mot bestämmelsen i 5 kap. 9 § HSL får IVO förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder för att följa den. Ett sådant beslut om föreläggande ska vara skriftligt och innehålla de åtgärder som vårdgivaren ska vidta för att följa bestämmelsen.

IVO har möjlighet att förena föreläggandet med vite. Vitet ska fastställas till ett fast belopp som med hänsyn till vad som är känt om vårdgivarens ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt kan antas förmå vårdgivaren att följa föreläggandet. Föreläggande ska vara så tydligt och precist att det står helt klart för vårdgivaren vad den måste göra för att inte behöva betala vitet.

Om föreläggandet inte följs kan IVO vända sig till allmän förvaltningsdomstol för att få vitet utdömt.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.3.

28 c §

Paragrafen är ny.

Av paragrafen framgår att IVO får förelägga en privat vårdgivare som bryter mot bestämmelserna i 5 kap. 10 § HSL att vidta åtgärder för att följa de bestämmelserna.

Enligt *första ledet* i 5 kap. 10 § HSL får en privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring inte remittera en patient till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Med privat vårdgivare avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande. Förbudet mot remittering omfattar vårdgivarens samtliga patienter, alltså inte bara de patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Av *andra ledet* i 5 kap. 10 § HSL följer att vårdgivare ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att remittering inte sker.

Om en privat vårdgivare bryter mot bestämmelserna i 5 kap. 10 § HSL får IVO förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder för att följa dem. Ett sådant beslut om föreläggande ska vara skriftligt och innehålla de åtgärder som vårdgivaren ska vidta för att följa bestämmelserna.

IVO har möjlighet att förena föreläggandet med vite. Vitet ska fastställas till ett fast belopp som med hänsyn till vad som är känt om vårdgivarens ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt kan antas förmå vårdgivaren att följa föreläggandet. Föreläggande ska vara så tydligt och precist att det står helt klart för vårdgivaren vad den måste göra för att inte behöva betala vitet.

Om föreläggandet inte följs kan IVO vända sig till allmän förvaltningsdomstol för att få vitet utdömt.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.3.

10 kap.

13 §

Av första stycket 4 framgår att IVO:s beslut om föreläggande enligt 7 kap. 28 b eller 28 c §, dvs. att följa bestämmelserna om förbud mot att erbjuda vård som finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring

enligt 5 kap. 9 § HSL samt remittering och vårdgivarens ansvar enligt 5 kap. 10 § HSL, får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.3.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Bestämmelserna i 7 kap. 28 c §, och 10 kap. 13 § första stycket 4 i fråga om föreläggande enligt 7 kap. 28 c §, ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

9.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap.

9 §

Paragrafen är ny.

Av bestämmelsen framgår att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region enligt 15 kap. 1 § inte får erbjuda sådan vård som avtalet omfattar även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Bestämmelsen innebär ett förbud för privata vårdgivare som har avtal med en region att erbjuda samma sorts hälso- och sjukvård som avtalet omfattar till patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring. Med privat vårdgivare avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande. Med privat sjukvårdsförsäkring avses en försäkring som en enskild eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. En privat sjukvårdsförsäkring kan även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, som patientavgifter. Det faktum att en patientavgift inom offentligt finansierad vård ersätts av en privat sjukvårdsförsäkring innebär inte att vården ska anses vara finansierad av en privat sjukvårdsförsäkring i den mening som här avses.

Bestämmelsen omfattar alla privata vårdgivare. Den innebär inte att en sådan vårdgivare är förhindrad att erbjuda patienter vars vård

finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring en annan form av hälso- och sjukvård än den som avtalet med en region omfattar. Det avgörande för bedömningen av om en vårdgivare kan ta emot en patient som omfattas av en sjukvårdsförsäkring är alltså vilken hälso- och sjukvård som regionen lämnar över och vilken vård som vårdgivaren erbjuder patienten med privat sjukvårdsförsäkring.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.1.

10 §

Paragrafen är ny.

Av bestämmelsens *första led* framgår att en privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring inte får remittera en patient till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Med privat vårdgivare avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande. Med privat sjukvårdsförsäkring avses en försäkring som en enskild eller den enskildes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. Det som avgör om remittering får ske är om vårdgivaren har avtal med ett försäkringsbolag om att tillhandahålla vård. Förbudet mot remittering omfattar vårdgivarens samtliga patienter, dvs. inte bara de patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Av bestämmelsens *andra led* framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering som är förbjuden enligt första ledet inte sker. En remiss är en handling om en patient som utgör en beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar. Vårdgivarens direktiv för remisser ska vara så pass tydliga att remittering inte sker i strid med bestämmelsen.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

15 kap.

3 §

Paragrafen är ny.

Av bestämmelsen framgår att regionen inte får överlämna uppgifter enligt 15 kap. 1 § till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet med regionen omfattar, även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Enligt 15 kap. 1 § får en region med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för. De villkor som gäller för uppgifterna som överlämnats ska framgå av avtalet mellan regionen och vårdgivaren. Med huvudman avses den region som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvården.

Med privat vårdgivare avses helt privata aktörer, dvs. vårdgivare utan något kommunalt eller statligt ägande. Bestämmelsen innebär ett förbud mot att regionerna överlämnar uppgifter avseende hälso- och sjukvård till privata vårdgivare som har avtal med försäkringsbolag om att erbjuda samma sorts hälso- och sjukvård till patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring. Med privat sjukvårdsförsäkring avses en försäkring som en enskild eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. En privat sjukvårdsförsäkring kan även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, som patientavgifter. Det faktum att en patientavgift inom offentligt finansierad vård ersätts av en privat sjukvårdsförsäkring innebär inte att vården ska anses vara finansierad av en privat sjukvårdsförsäkring i den mening som här avses.

Bestämmelsen innebär inte att en region är förhindrad att överlämna uppgifter med stöd av 15 kap. 1 § till en vårdgivare som erbjuder patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring en annan form av hälso- och sjukvård än den som avtalet med regionen omfattar. Det avgörande för bedömningen av om uppgifterna kan överlämnas är alltså här vilken hälso- och sjukvård som regionen lämnar över och vilken hälso- och sjukvård den privata vårdgivaren erbjuder patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.1.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. För avtal som har ingåtts enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas bestämmelserna senast från och med den 1 januari 2026.

Bestämmelserna i 5 kap. 10 § ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

Referenser

Offentligt tryck

Betänkanden i SOU-serien

SOU 2001:8, Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare.
SOU 2007:11, Staten och kommunerna - uppgifter, struktur och relation.
SOU 2008:105, En reformerad grundlag – del 1.
SOU 2021:80, Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll.

Kommittédirektiv

Dir. 2020:83, Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Propositioner

Prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m.
Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
Prop. 2000/01:36, Sjukhus med vinstsyfte.
Prop. 2004/05:145, Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.
Prop. 2006/07:52, Driftsformer för sjukhus.
Prop. 2009/10:80, En reformerad grundlag.
Prop. 2016/17:166, Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.
Prop. 2017/18:131, Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och

sjukvård.
Prop. 2021/22:1, Budgetpropositionen för 2022, Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.
Prop. 2021/22:260, Ökad kontroll i hälso- och sjukvården.

Utskottsbetänkanden

Socialutskottets bet. 2000/01:SoU6, Sjukhus med vinstsyfte.
Socialutskottets bet. 2000/01:SoU11, Sjukhus med vinstsyfte (förnyad behandling), rskr. 2000/01:122.
Socialutskottets bet. 2004/05:SoU18, Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, rskr. 2004/05:300.
Socialutskottets bet. 2006/07:SoU11, Driftsformer för sjukhus, rskr. 2006/07:152.

Rättsfall

Högsta förvaltningsdomstolen

HFD 2018 ref. 60 av den 19 oktober 2018 (mål nr 3830–17).

EU-domstolen

Dom av den 17 september 2002, Concordia Bus Finland Oy Ab, tidigare Stagecoach Finland Oy Ab mot Helsingin kaupunki och HKL-Bussiliikenne, C-513/99, EU:C:2002:495.
Dom av den 24 mars 2011, Europeiska kommissionen mot Konungariket Spanien, C-400/08, EU:C:2011:172 .
Dom av den 11 december 2014, Azienda sanitaria locale n. 5 ”Spezzino” m.fl. mot San Lorenzo Soc. coop. Sociale och Croce Verde Cogema cooperativa sociale Onlus, C-113/13, EU:C:2014:2440.

Rapporter och litteratur

European Observatory on Health Systems and Policies, 2016, Voluntary health insurance in Europe: Country experience.
Inspektionen för vård och omsorg (IVO), 2020, Förstudie – Prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020, Rapport 2020:3, Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare.
Palme Mårten, 2017, Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys, Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, särtryck av del 5.
Svensk Försäkring, 2017, Sjukvårdsförsäkring - varför och för vem?, Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, del 5.
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2014, Krav på leverantörer och avtalsvillkor i LOV-upphandlingar, En krav- och villkorsbank.

Övrigt

Blix Mårten, 2022, Privata sjukvårdsförsäkringar och arbetsmarknaden.
Europadomstolen, Guide on Article 1 of Protocol No. 1 to the European Convention on Human Rights, Protection of Property, uppdaterad den 31 december 2021.
Svensk Försäkrings webbplats 3 juni 2022, https://www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2022/fortsatt-stort-intresse-for-sjukvardsforsakring.
Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) webbplats 2 juni 2022, https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html.
Tillväxtverket, 2017, Ekonomiska effekter av nya regler, Så beräknar du företagens kostnader, Info 0696.

Regeringskansliet

Protokoll § 63

2022-02-08
S2022/00842

Socialdepartementet

Uppdrag om förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar inom den helt eller delvis offentligt finansierade vården

Beslut

Chefen för Socialdepartementet, statsrådet Hallengren, uppdrar åt Sofi Nyström att biträda Socialdepartementet med att ta fram förslag på en reglering som kan komplettera de författningsförslag som lades fram i betänkandet Regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80).

Utredaren ska lämna förslag som i möjligaste mån innebär följande:

- att en privat vårdgivare som ingår avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region, och därmed bedriver offentligfinansierad vård, inte får ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring för sådan vård som avtalet med regionen avser, och
- att offentligfinansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare endast om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård.

Sofi Nyström ska genomföra en analys av för- och nackdelar med sådana regleringar och föreslå nödvändiga författningsändringar samt analysera och, om det finns behov, ge förslag på vilka övergångsbestämmelser som bör gälla. Sofi Nyström ska särskilt beakta hur författningsändringarna förhåller sig till de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Sofi Nyström ska också särskilt beakta hur författningsändringarna förhåller sig till, rätten till näringsfrihet och egendomsskydd men också etableringsrätten inom EU-rätten. Även proportionaliteten av förslagen ska belysas. Sofi Nyström bör

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

även föreslå nödvändiga författningsändringar gällande Inspektionen för vård och omsorg (IVO) så att myndigheten kan bedriva en träffsäker och effektiv tillsyn gällande finansierings- och behovsfrågan. Sofi Nyström bör även särskilt beakta vilka juridiska personer och vilka konstellationer av dessa som ska träffas av regleringen.

Om författningsförslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska Sofi Nyström särskilt redovisa dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget. Sofi Nyström ska även redogöra för konsekvenser för berörda aktörer och individer, jämställdheten samt administrativa och ekonomiska konsekvenser samt vid behov lämna finansieringsförslag. Särskilt effekterna för privata vårdgivare och aktörer som erbjuder försäkringslösningar ska belysas liksom i vilken mån förslagen innebär att lika villkor kommer att gälla för privata och offentliga aktörer.

Uppdraget ska vara slutfört senast den 30 juni 2022.

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 1 Rikets styrelse uppförda anslaget 4:1 Regeringskansliet m.m., anslagsposten 1 Till Regeringskansliets disposition, budgetramen 6 Socialdepartementet.

Ärendet

De grundläggande målen för den svenska hälso- och sjukvården är, som framgår av 3 kap. 1 § första stycket HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer.

- Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val av olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

De två första principerna ligger till grund för bestämmelserna i 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människan värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de båda andra principerna vilket innebär att strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet inte får

innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande. Bestämmelserna i 3 kap. HSL gäller för både offentliga som privata vårdgivare, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad vård.

Ungefär 700 000 svenskar har en privat sjukvårdsförsäkring och försäkringarna ersätter i huvudsak kostnaderna för olika vårdinsatser som ges av privata vårdgivare. Sjukvårdsförsäkringarna tecknas av bl.a. arbetsgivare, fack- eller idrottsföreningar och av enskilda. I dagsläget är de försäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda korta väntetider. Det är vanligare att ha en privat sjukvårdsförsäkring i storstadsregionerna. Fler män än kvinnor har en sådan försäkring och de försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt.

Regeringen gav 2020 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. I rapporten Privata sjukvårdsförsäkringar (2020:3) kommer myndigheten fram till slutsatsen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Myndighetens analyser och slutsatser baserades på övergripande statistik inom den offentligt finansierade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Enligt myndigheten är det inte sannolikt att de kortare väntetiderna beror på att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Patienter med offentlig finansiering väntar ofta mer än 30 dagar på vård i den offentliga hälso- och sjukvården, oavsett om denna utförs i offentlig eller privat regi. Tidsgränserna för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar är lägre. Av försäkringsvillkoren framgår att de patienterna ska få sitt första besök inom 3–7 dagar och en åtgärd inom 14–21 dagar. En anledning till att ha en privat sjukvårdsförsäkring är just att få vård snabbare, vilket även är ett argument som försäkringsbolagen använder i sin marknadsföring.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar även att det är svårt att med säkerhet uttala sig om privata sjukvårdsförsäkringars faktiska påverkan på kapaciteten i den offentliga hälso- och sjukvården och vad det innebär för patienterna som använder sig av den. Dock visar resultatet från myndighetens undersökning att privata vårdgivare som bedrivit offentlig

vård och tagit emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid har hållit den författningsreglerade vårdgarantin eller snävare tidsgränser som anges i en del avtal, vilket gör det svårare att se att det skulle finnas ”ledig vårdkapacitet” hos en del av dem. Möjligheterna till att de privata sjukvårdsförsäkringarna ska avlasta den offentligfinansierade hälso- och sjukvården minskar därmed.

Av en förstudie från IVO från 2020 framgår att det bedöms som sannolikt att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. IVO uttalar i förstudien att kunskapsunderlaget från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och de patientsäkerhetsrisker som IVO har identifierat genom tidigare tillsynsinsatser är tillräckliga indikationer för den bedömningen. IVO beskriver även att målet om vård på lika villkor omfattar hela vårdförloppet från det att patienten söker vård till att sista uppföljningen sker.

Regeringen ser med oro på utvecklingen som nämns ovan gällande att en privat sjukvårdsförsäkring i regel tecknas för att försäkringstagaren snabbare ska få vård. Därmed finns det en risk att den prioriteringsordning efter behov som gäller enligt HSL bryts. Om bestämmelserna i HSL inte följs, t.ex. på så sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården, så kan det leda till patientsäkerhetsrisker på grund av utebliven eller försenad vård. Det kan också påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället i stort. Det kan även finnas risker att vård inte ges på lika villkor om patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får sitt behov av hälso- och sjukvård bedömt och får en remiss snabbare än patienter utan en sådan försäkring och därmed får en snabbare ingång till den offentligfinansierade hälso- och sjukvårdens vårdkö. Det råder även en osäkerhet kring hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten för privata vårdgivare, som även bedriver offentligfinansierad hälso- och sjukvård, och vilken effekt det har på den samlade kapaciteten i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. Regeringen anser därav att det finns angelägna allmänna intressen att skydda.

Med anledning av ovanstående beslutade regeringen den 20 augusti 2020 att tillsätta Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar som fick i uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården

och välfärdssamhället samt lämna förslag som begränsar sådan påverkan. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80) till regeringen den 8 oktober 2021. Utredningen beskriver att det idag inte finns något beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för hälso- och sjukvård. Det innebär att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Utredningen konstaterar bl.a. att 3 kap. HSL gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad. Vidare finner utredningen att privata sjukvårdsförsäkringar och olika väntetider i sig inte strider mot behovs- och solidaritetsprincipen under förutsättning att vårdgivaren följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården och att den författningsreglerade vårdgarantin och de i avtal reglerade tidsgränserna är underordnande principen. Utredningen lägger mot denna bakgrund en rad författningsförslag för att öka kontrollen, kunskapen och beredskapen i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningens betänkande remitterades den 19 oktober 2021.

Regeringen ser att det finns behov av att komplettera utredningens förslag då utredningens slutsatser, gällande att området i princip är oreglerat samt att det råder en osäkerhet kring rättsläget och därmed om hur en god och patientsäker vård som ges efter behov kan säkerställas, visar på att området är i stort behov av reglering och vilka luckor som finns i nuvarande lagstiftning. Även svårigheterna med att överblicka privata sjukvårdsförsäkringars faktiska påverkan på kapaciteten i den offentliga hälso- och sjukvården och vad det innebär för patienterna som använder sig av den utgör skäl för att utreda en mer vidsträckt reglering. Utredaren ska därför ta fram förslag för en mer heltäckande reglering för de privata sjukvårdsförsäkringarna och på så sätt se till att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Därför får Sofi Nyström i uppdrag att ta fram förslag som i möjligaste mån innebär att en privat vårdgivare som ingår avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region, och därmed bedriver offentligfinansierad vård, inte får ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring för sådan vård som avtalet avser. Samt ett förslag som innebär att offentligfinansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare endast

om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård.

Utdrag till

Statsrådsberedningen/Gransk
Regeringskansliets förvaltningsavdelning
Utredaren

Departementsserien 2022

Kronologisk förteckning

1. Viktigt meddelande till allmänheten – en översyn av VMA-systemet. Ju.
2. Bättre konsekvensutredning i svensk statsförvaltning. Fi.
3. Garantitillägg i bostadstillägget. S.
4. Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. S.
5. En effektivare upphandlingstillsyn. Fi.
6. Straff för deltagande i en terroristorganisation. Ju.
7. Ett försämrat säkerhetspolitiskt läge – konsekvenser för Sverige. UD.
8. Deterioration of the security environment – implications for Sweden. UD.
9. Ett utvidgat utreseförbud för barn. S.
10. Ett flexiblare karensvillkor i arbetslöshetsförsäkringen. A.
11. Alanda flygplats – en plan för framtiden. I.
12. Vistelseförbud för barn. S.
13. Utökat informationsutbyte. Fi.
14. Ett hållbart mediestöd för hela landet. Ku.
15. Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. S.

Departementsserien 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Ett flexiblare karensvillkor i arbetslöshetsförsäkringen. [10]

Finansdepartementet

Bättre konsekvensutredning i svensk statsförvaltning. [2]

En effektivare upphandlingstillsyn. [5]

Utökat informationsutbyte. [13]

Infrastrukturdepartementet

Arlanda flygplats – en plan för framtiden. [11]

Justitiedepartementet

Viktigt meddelande till allmänheten – en översyn av VMA-systemet. [1]

Straff för deltagande i en terroristorganisation. [6]

Kulturdepartementet

Ett hållbart mediestöd för hela landet. [14]

Socialdepartementet

Garantitillägg i bostadstillägget. [3]

Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. [4]

Ett utvidgat utreseförbud för barn. [9]

Vistelseförbud för barn. [12]

Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. [15]

Utrikesdepartementet

Ett försämrat säkerhetspolitiskt läge – konsekvenser för Sverige. [7]

Deterioration of the security environment – implications for Sweden. [8]