Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2022-01-12

RS 2021-0833

Regionstyrelsen

Yttrande över Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Föredragande regionråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig över utredningen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80).

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

> Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet över betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80).

Regionrådsberedningens motivering

Regionrådsberedningen lyfter vikten av att noggrant utreda frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och hänvisar till Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande. I övrigt ser Regionen positivt på att utredningen slår fast att behovs- och solidaritetsprincipen ska följas oavsett om vården är privatfinansierad, offentligfinansierad eller både och.

Beslutsunderlag

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande
2. Sammanfattning av Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)
3. Hälso-och sjukvårdsnämndens yttrande den 14 december 2021

Irene Svenonius

Anna Starbrink

Regionledningskontoret
Anders Lövström

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-12-22

RS 2021-0833

Regionstyrelsen

Yttrande över Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Regionledningskontorets förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

> Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet över betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80).

Sammanfattning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig över utredningen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80).

Utredningen har konstaterat att frågor rörande privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade och att bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningen kommer till slutsatsen att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Region Stockholm ser positivt på att utredningen slår fast att behovssolidaritetsprincipen ska följas oavsett om vården är privatfinansierad, offentligfinansierad eller både och. Region Stockholm bedömer att det utifrån regionens perspektiv kvarstår svårigheter att säkra att principen följs av de vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Regionens uppdrag är att säkerställa att invånarnas totala vårdbehov kan tillgodoses. Om en vårdgivare utöver den offentligt finansierade vården även är dimensionerad för att omhänderta andra patienter behöver detta inte innebära en konflikt med det offentligt finansierade uppdraget. För att säkerställa att den offentligt finansierade vården prioriteras bör den därför regleras i avtal mellan regionen och vårdgivaren.

Förslaget avser inte då det finns författningsstöd för annan finansiering, exempelvis vid tjänsteexport (högspecialiserad vård till patienter från ett annat land) eller medfinansiering. Vård inom ramen för tjänsteexport kan finansieras tex av den enskilde eller ett försäkringsbolag, och omfattas inte av utredningens förslag.

Bakgrund
Regeringen har gett utredningen följande direktiv

- beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och
- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso-och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

Utredningen har konstaterat att frågor rörande privata sjukvårds-försäkringar i princip är oreglerade och att bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningen kommer till slutsatsen att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beretts möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet. Region Stockholms yttrande bygger på hälso-och sjukvårdsnämndens yttrande i detta ärende.

Region Stockholms yttrande
Region Stockholm ser positivt på att utredningen slår fast att behovs-solidaritetsprincipen ska följas oavsett om vården är privatfinansierad, offentligfinansierad eller både och. Region Stockholm bedömer att det utifrån regionens perspektiv kvarstår svårigheter att säkra att principen följs av de vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Region Stockholm anser inte att en regelbunden uppföljning av denna risk bör ligga inom uppdraget. Regionens uppdrag är att säkerställa att invånarnas totala vårdbehov kan tillgodoses. Om en vårdgivare utöver den offentligt

finansierade vården även är dimensionerad för att omhänderta andra patienter behöver detta inte innebära en konflikt med det offentligt finansierade uppdraget. För att säkerställa att den offentligt finansierade vården prioriteras bör det därför regleras i avtal mellan regionen och vårdgivaren.

Region Stockholm har under de senaste åren fått kännedom om flera fall där det påstås att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till vård framför de offentligt finansierade patienterna av en vårdgivare med både regionavtal och avtal med försäkringsbolag. Regionen har inte någon möjlighet att själv följa upp om behovs-solidaritets-principen följs. Legala möjligheter saknas att följa upp vård som ges utanför regionens avtal och där regionen inte är huvudman.

Region Stockholm bedömer att det finns delar i utredningens förslag som ger en viss ökad möjlighet för regionen att få mer övergripande kunskap om den vård som ges av vårdgivare med andra uppdragsgivare utöver regionen.

Förslagen om att det i inrapportering till patientregistret och relevanta nationella kvalitetsregister ska framgå om en patient är försäkringspatient, kommer ge regionen kunskap om vilken vård som ges på en övergripande nivå, vilket kan hjälpa regionen att förstå vårdbehov i befolkningen och hur kvaliteten är på den regionfinansierade vården jämfört med den försäkringsfinansierade.

Region Stockholm bedömer att det saknas resonemang och förslag kring de delar som handlar om risker för undanträngningseffekter. Det saknas resonemang och problematisering kring risk för snabbspår till den offentligfinansierade vården samt att regionerna bekostar läkemedelsförskrivning till försäkringspatienter som både innebär en ekonomisk kostnad som regionen har svårt att följa upp och att försäkringspatienter får offentligfinansierade läkemedel snabbare till följd av kortare köer.

För att kunna hålla god kvalitet i sällsynt högspecialiserad sjukvård är det angeläget med en viss volym med patienter, därför är det positivt att patienter från övriga Sverige och utlandet vårdas hos Region Stockholm.

11.4 Undanträngningseffekter och privata Sjukvårdsförsäkringar
I utredningen saknas en analys om förskrivning av läkemedel till försäkringspatienter, i de fall läkemedlet finansieras av regionen. Region Stockholm anser att de eventuella undanträngningseffekter samt det

faktum att försäkringspatienten torde ha snabbare tillgång till offentligfinansierade läkemedel också borde ha belysts i utredningen.

I utredningen saknas en analys huruvida försäkringspatienter genom sin kortare väntetid till första besök därigenom får ett snabbspår till behandling/åtgärd inom den offentligt finansierade vården. Utredningen har skrivit om Vård- och omsorgsanalysrapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare (rapport 2020:3),* men stannar vid konstaterandet att myndigheten gjorde bedömningen att detta snabbspår inte lika tydligt träffas av bestämmelsen att den med störst behov ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek enlig myndigheten.

Vårdgivare på uppdrag från regionen tar emot remisser även rörande patienter som har omhändertagits inom avtal från annan uppdragsgivare, och gör en bedömning av patientens behov av vård. Detta innebär att patienter som har haft sitt första besök med privat sjukförsäkring potentiellt kan få snabbare behandling inom den offentligt finansierade vården, jämfört med patienter som endast omhändertas inom den offentligt finansierade vården, detta då de senares väntetid till första besök kan vara längre vid samma behov. Region Stockholm bedömer att detta i sig innebär att behovs-solidaritetsprincipen sätts ur spel. Principen kan ej begränsas till endast det första besöket i vården utan måste vara genomgående i patientens vårdkedja – inklusive inför patientens första besök. Regionen bedömer därmed att myndigheten har kommit till en felaktig slutsats, och saknar i utredningen analys och förslag rörande dessa risker för undanträngningseffekter vilka regionen bedömer, utöver att de riskerar sätta behovs-solidaritetsprincipen ur spel och bidra till en ojämlik vård, även riskerar att minska förtroendet för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

13.1 Utredningens bedömning: Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården.

Region Stockholm ser positivt på tydliggörandet att behovs-solidaritetsprincipen gäller oavsett finansieringsform. Regionen ser även positivt på att IVO föreslås ges ett tydligare uppdrag att säkra att principen efterlevs av vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Om IVO utövar den typen av tillsyn i ökad utsträckning så blir även Region Stockholms möjlighet att vidta åtgärder mot vårdgivare som bryter mot principen större. Detta förutsätter att IVO informerar Region Stockholm om tillsyn som identifierat brister avseende behovs-solidaritetsprincipen. Region

Stockholm önskar att ett tydligare uppdrag ges till IVO att de ska informera uppdragsgivare i de fall brister identifieras hos en vårdgivare.

Region Stockholm gör bedömningen att skrivningen om att regionerna i egenskap av huvudmän är löpande ansvariga för att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård och inte utsätts för negativ påverkan från den privata vårdgivarens övriga uppdrag, i sig inte är något som ifrågasätts. Regionen vill betona att regionens uppdrag endast är att granska vård där regionen är huvudman. Vård som utförs inom ramen för avtal med regionen är regionens ansvar att följa upp, men regionen har inte ansvar för att säkra att hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen efterlevs för den vård som inte har regionen som huvudman. Enligt Region Stockholms mening åligger detta ansvar staten, bland annat genom IVO:s tillsynsansvar.

13.2 Utredningens förslag: Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om patientens avgifter.

I Region Stockholm fattades 2008 i dåvarande landstingsfullmäktige beslut om att tillåta annan finansiering av vård som utförs av regionen. Enligt förvaltningens kännedom har detta beslut tillämpats endast vid IVF-behandlingar efter 2008. Därutöver har hälso- och sjukvårdsnämnden 2020 fattat beslut om att påbörja pilotprojekt för prevention av diabetes med Health Impact Bonds (Hälsokontrakt) där extern finansiering är en del. Annan finansiering inom den offentligt drivna vården förekommer i regionen därmed endast i enstaka fall. Förvaltningen bedömer att det i den fortsatta beredningen av utredningens förslag därför behöver klargöras om en sådan reglering är proportionerlig givet den begränsade förekomsten av annan finansiering, och att syftet med en författningsändring också behöver klargöras.

I regionen finns det däremot en mängd donationsfonder och flerpartsfinansiering förekommer vid klinisk eller patientnära forskning. I utredningens förslag har dessa alternativa finansieringsformer inte belysts och det har därmed inte beskrivits huruvida de skulle omfattas av författningsändringen, vilket gör att regionen bedömer att förslaget är för otydligt. I en fortsatt beredning av förslaget behöver det därmed säkras att förslaget inte skapar otydligheter eller motsättningar, och att det säkras att donationer och flerpartsfinansiering vid klinisk/ patientnära forskning inte omfattas av författningsändringen.

Utredningen förslår vidare att samma reglering kring finansiering ska finnas för vård som utförs av vårdgivare utanför den egna regin, som arbetar på uppdrag från regionen. Enligt Region Stockholms mening är även detta förslag otydligt, och resonemang förs inte avseende om regleringen skulle bryta mot upphandlingsrätten. Enligt regionens bedömning är det därmed alltför otydligt vad en sådan reglering skulle innebära i praktiken.

13.4 Utredningens förslag: Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet 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. Utredningens bedömning: Huruvida det behövs mer detaljerade regler bör följas upp.

Region Stockholm bedömer att utredningens förslag, att tillföra en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen avseende att det i avtal ska framgå hur det säkerställs att övriga uppdragsgivares uppdrag inte negativt påverkar uppdraget från regionen, inte kommer vara möjlig att följa upp. Vårdgivarna ska enligt förslaget inkomma med uppgifter till regionen avseende deras andra uppdragsgivare. Enligt förslaget är dessa uppgifter endast på en övergripande nivå och regionen kommer utifrån uppgifterna inte kunna få en heltäckande och tydlig bild av huruvida övriga uppdrag får negativ påverkan på den offentligfinansierade vården.

Utredningens förslag om hur information ska rapporteras in till patientregistret samt till relevanta nationella kvalitetsregister kommer kunna ge viss information på övergripande nivå, se nedan, men inte i sådan utsträckning att regionen har möjlighet att säkerställa att negativ påverkan inte sker.

Befogenheter att inhämta journaler för försäkringspatienter finns endast hos IVO, som därmed är den enda instans som kan följa upp och säkerställa att behovs-solidaritetsprincipen följs. Region Stockholm ser därmed att en förutsättning för att regionen skulle kunna få information om ifall avtalsvillkoren följs är att IVO utövar tillsyn, och att en återkoppling till regionen kommer till stånd.

Region Stockholms bedömning är att de verktyg som utredningen fastslår behöver finnas för att kunna följa upp avtalet, saknas både i dagsläget och utredningens förslag rörande regionernas befogenheter.

Avseende att LOL och LOF inte omfattas av utredningens förslag så anser Region Stockholm att det inte är tillräckligt att hänvisa till förslaget om upphävande i SOU 2020:19. Detta av två anledningar:

- SOU 2020:19 lades fram i april 2020 och är under beredning, det finns ingen indikation på lagstiftning om upphävande inom kort.
- Oavsett om LOL och LOF upphävs eller inte så kan det antas att nuvarande lagstiftning förblir i kraft åtminstone under en övergångsperiod. Det är också tänkbart att lagstiftningen kompletteras/justeras och blir tillämplig i en delvis ny utformning. Verksamheter kan därmed förväntas bedrivas enligt LOL och LOF i åtminstone fem år till.

Region Stockholms uppfattning är därmed att även LOL och LOF bör inkluderas i utredningens förslag. Inom verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF är det inte ovanligt att läkaren/fysioterapeuten även bedriver privatfinansierad verksamhet. Frågeställningarna om medicinskt behov som styrande i både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, enligt principerna för den etiska plattformen, är därför relevanta även utifrån den nationella taxans perspektiv.

Noteras bör att kopplingen till 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kan bli problematisk eftersom LOL och LOF passar dåligt in i beskrivningen. Nuvarande 15 kap. 1 § HSL, liksom utredningens föreslagna tillägg, berör avtal med annan om överlämnande av uppgifter, med bibehållet huvudmannaskap, om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för. Inom LOL och LOF sker inte ett överlämnande av uppdrag på ett sådant sätt som vid övriga avtal. Tvärtom följer rätten till ersättning av lag, utan inflytande från regionen, och regionen är inte huvudman. Denna särställning bör i vart fall analyseras och kommenteras i ett fortsatt lagstiftningsarbete baserat på SOU 2021:80.

Region Stockholm noterar också att det saknas resonemang kring påverkan då en privat vårdgivare har avtal med flera regioner.

Kort om 13.5, 13.6, 13.7, 13.8, 13.10 i utredningen
Avseende tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen: Regionen Stockholm har inlämnat ett yttrande (RS 2021-0114) avseende SOU 2021:4, Region Stockholm gör inga andra bedömningar än vad som redan framkommit i regionens yttrande.

Region Stockholm ser positivt på att anmälan till IVO:s vårdgivarregister ska inkludera finansieringsform och om en vårdgivare har flera uppdragsgivare, detta då regionen på så vis kan få kunskap om vilken vård som bedrivs med andra uppdragsgivare hos vårdgivare som har avtal med regionen.

Region Stockholm ser positivt på att finansieringsform ska inkluderas i vårdgivares inrapportering till patientregistret. Genom en sådan inrapportering kan regionen få, idag okänd, information om hur stor andel av befolkningens totala vårdbehov som tillgodoses av regionen respektive inom de privata sjukförsäkringarna. Det är oklart om regionen, utifrån data i patientregistret, skulle kunna dra slutsatser om behovs-solidaritetsprincipen efterlevs eller inte av de vårdgivare som har både regionen och försäkringsbolag som uppdragsgivare, då informationen skulle bli på en övergripande nivå.

Region Stockholm ser även positivt på att uppgifter om finansieringsform införs i de nationella kvalitetsregister där denna uppgift bedöms vara relevant, i de vårdområden där privata sjukförsäkringar förekommer. För att kunna följa upp och säkra att vårdgivare som har andra uppdragsgivare utöver regionen inte låter dessa uppdrag negativt påverka utförandet av uppdraget från regionen skulle de nationella kvalitetsregistren kunna vara en källa, detta förutsätter att regionen ges rätt att ta del av dessa uppgifter.

Vårdgivare med avtal med Region Stockholm ska redan idag, i enlighet med avtalen, rapportera sina väntetider till den nationella väntetidsdatabasen. Region Stockholm har därmed inga synpunkter på utredningens förslag i det hänseende. Regionen bedömer att även vård som ges inom ramen för privata sjukförsäkringar bör rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Region Stockholm delar inte utredningens bedömning att denna inrapportering inte är nödvändig, utan att den – i kombination med inrapportering till patientregistret – skulle ge viss information huruvida behovs-solidaritetsprincipen efterlevs eller inte. Data från den nationella väntetidsdatabasen skulle därmed vara ett verktyg för regionen för att få viss kunskap om ifall vård utförd på uppdrag från andra uppdragsgivare inte påverkar uppdraget från regionen.

Region Stockholm vill därtill lyfta att i de allra flesta fall är möjligt att ställa ett behov framför ett annat, vilket gör att olika avtalskrav om väntetider inte kan tillämpas annat än i undantagsfall – utan att den patienten med det störst behov ska prioriteras utifrån behovs-solidaritetsprincipen.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Katarina Holmgren
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

1. Sammanfattning av Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)
2. Hälso-och sjukvårdsnämndens yttrande den 14 december 2021

Beslutsexpediering

1. Socialdepartementet
2. Hälso-och sjukvårdsnämnden

Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2021-12-22

Sammanfattning

Sammanfattning i korthet – privata sjukvårdsförsäkringar behöver regleras

Hälso- och sjukvården i Sverige är ett offentligt åtagande där framför allt regionerna är ansvariga för att planera, organisera, erbjuda och finansiera vården. Den största delen av hälso- och sjukvården bedrivs i regionens egen regi och den vården finansieras med offentliga medel, dvs. är offentligfinansierad. Det finns även privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av en region och där regionen alltjämt är huvudman för vården. Även denna vård är offentligfinansierad.

Att en region är huvudman för hälso- och sjukvården innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården även när utförandet av vården har lämnats över till en privat vårdgivare. Huvudmannaskapet regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Det förekommer olika former av privatfinansierad vård hos de privata vårdgivarna. En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård. En privat vårdgivare kan också välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av en region, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat under 2000-talet och i dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Betalning av hälso- och sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar uppskattas uppgå till cirka 0,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna.[1]

[1] Cirka 3,6 miljarder kronor av totalt 549 miljarder kronor. 2019 års siffror.

Olika frågor med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för flera överväganden de senaste decennierna i samband med lagstiftningsarbeten. Privata sjukvårdsförsäkringar är alltjämt föremål för en förhållandevis intensiv debatt. Den senaste tiden har diskussionerna framför allt handlat om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården och samhället i stort och rört frågor om försäkringar går att förena med grundläggande principer i hälso- och sjukvårdslagen, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. I debatten uttrycks en risk för att ”försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården”.[2]

Regeringen har uttalat att den ser med oro på den rådande situationen där utvecklingen med att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring riskerar att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. I direktiven till denna utredning uttalar regeringen att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts. Utredningen har därför till uppgift att:

– beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och
– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso-och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

I detta betänkande beskrivs utifrån ett juridiskt perspektiv vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen klargör beskrivningarna om att ”försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården” och vad som avses med att en privat vårdgivare bedriver verksamhet i s.k. ”blandform”. Utred-

[2] För en beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

ningen använder sig av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva de olika situationerna. Utredningen beskriver även hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort samt resonerar kring olika s.k. undanträngningseffekter.

Utredningen har en juridisk ansats för att analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen kan konstatera att dessa frågor i princip är oreglerade. Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningens slutsats är att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte 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. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort om vad som gäller.

Regionerna bör ges möjlighet men också skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Regionerna behöver kontrollera att de privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade 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.

Utifrån dessa slutsatser lämnar utredningen författningsförslag som innebär begränsningar av när hälso- och sjukvården får finansieras privat. Vidare lämnar utredningen författningsförslag som innebär att regionerna ska vara skyldiga att i avtalen med de privata vårdgivarna reglera att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas av en privat vårdgivares övriga uppdrag.

Utredningen lämnar även författningsförslag om att utöka anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister rörande frågor om privata sjukvårdsförsäkringar och om att IVO får möjlighet att

besluta om föreläggande med vite för det fall anmälningsskyldigheten inte följs.

Utredningen lämnar författningsförslag så att olika register kommer att innehålla uppgift om finansieringsform för vården.

Övergripande syfte med förslagen är att öka kunskapen och kontrollen över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar för att säkerställa en god och patientsäker vård. Därigenom kan även förtroendet och tilliten för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas.

Utredningen föreslår även att det sker en uppföljning av utredningens slutsatser och förslag. Uppdraget om uppföljning bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas. I arbetet med uppföljningen bör övervägas vilka ytterligare åtgärder som behöver vidtas avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

I det följande finns en längre sammanfattning av betänkandet med utredningens slutsatser, överväganden samt förslag på åtgärder.

En längre sammanfattning av betänkandet

En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om konsekvenserna av sådana försäkringar och hur de påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. För att kunna lämna en så korrekt och värderingsfri redogörelse som möjligt används i betänkandet juridiska begrepp och andra neutrala beskrivningar för att undvika att läsaren lägger in värderingar i begreppen. I det följande återfinns de viktigaste begreppen och beskrivningarna.

Regionen är i egenskap av *huvudman* ansvarig för att planera, organisera, erbjuda och finansiera hälso- och sjukvården. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare, att bedriva vården. Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat vårdgivare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar att uppfylla

regelverken. Den vård som bedrivs av regionen själv eller på uppdrag av regionen är *offentligfinansierad*.

En privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika *uppdragsgivare*, t.ex. av en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är *privatfinansierad*. I betänkandet beskrivs situationen att en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Detta beskrivs även som att vårdgivaren har flera uppdragsgivare. I debatten används ibland begreppet ”blandform” för att beskriva denna situation. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

En *privat sjukvårdsförsäkring* är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser. I dagsläget är de privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda korta väntetider. I andra länder kan försäkringarna vara inriktade på tilläggstjänster som upplevs ge bättre kvalitet eller annat mervärde eller utbud av vård. Såvitt utredningen har kunnat finna förekommer inte privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården, vare sig i den som bedrivs av regionen i egen regi eller i den som bedrivs av en privat vårdgivare på uppdrag av regionen.

Utredningen undviker att använda begreppet ”kö” och ”gå före i kön”. Även begreppet ”snabbare vård” och ”gräddfiler till vården” undviks. I stället beskrivs vad som avses och då framför allt utifrån den *etiska plattformen* och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (den s.k. behovs-solidaritetsprincipen). Utredningen använder de sammanfattande begreppen en *god och patientsäker vård* för att beskriva de övergripande mål och regler som gäller för all hälso- och sjukvård.

Ett centralt begrepp som används i betänkandet och som också anges i direktivet är *påverkan* från privata sjukvårdsförsäkringar i olika former. Synonymt med påverkan används ordet konsekvens eller effekt till följd av frågor som rör försäkringar. En påverkan kan vara att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen inte följs, t.ex. på så sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården. Detta kan leda till patientsäkerhets-

risker i form av vårdskada på grund av utebliven eller sen vård. Påverkan kan vara positiv eller negativ och avse bl.a. kapaciteten inom hälso- och sjukvården (dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård), patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvård, kvaliteten på vården samt olika s.k. undanträngningseffekter. Vidare kan det röra sig om påverkan på förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Bristfällig information gör det svårt att beskriva privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan

Det saknas regler som möjliggör insamling av data om finansieringen av hälso- och sjukvården inklusive finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas därför en nationell infrastruktur med information om bl.a. hur mycket hälso- och sjukvård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas via sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar samt hur många och vilka patienter som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar. Avsaknaden av officiella data har medfört svårigheter för utredningen att beskriva hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar. Det har även varit svårt att få fram fakta för att beskriva försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Bristen på data innebär även hinder för regionerna i deras uppföljning av avtalen med de privata vårdgivarna och för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i sin tillsyn över hälso- och sjukvården.

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är oreglerade

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Det finns inte några offentligrättsliga regler som särskilt reglerar privata sjukvårdsförsäkringar.[3] Det saknas t.ex. regler om finansieringen av hälso- och sjukvården, vårdgivarens skyldigheter vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare,

[3] Särskilda regler finns inom försäkringsrätten och om Finansinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen. Det finns även skatterättsliga regler som tar sikte på just privata sjukvårdsförsäkringar.

IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar samt data om privata sjukvårdsförsäkringar.

Det finns ett antal regler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659) som ska tillämpas för all vård oavsett drifts- och finansieringsform. Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas dock i stort sett helt resonemang om privat vård i förarbetena till nu gällande bestämmelser. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Det medicinska behovet ska styra

Bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad vård. En av dessa bestämmelser innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Denna gäller således även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen kan inte, utifrån lagstiftning, förarbeten m.m., finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården eller mot övriga bestämmelser. Så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, kan utredningen inte finna att det skulle vara otillåtet med olika väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin och de i avtal reglerade tidsgränserna är underordnade behovs-solidaritetsprincipen.

Huruvida en vårdgivare i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte givit vård efter behov, är en uppgift för tillsynsmyndigheten IVO och regionerna att undersöka. Såväl IVO som regionerna i deras egenskap av huvudmän för vården, är ansvariga för att säkerställa en god och patientsäker vård. Det har inte varit möjligt för denna utredning att närmare granska hur vårdgivarna följer bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.

Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till ”allt åt alla” och att vara vägledande i det direkta vård-

arbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram framför allt för att hantera prioriteringar i den offentligt finansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården. Även om principerna gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de således under olika förutsättningar. Flera aktörer har påtalat tolkningsproblem med den etiska plattformen och att den behöver ses över.

Det saknas ledning från regionerna och myndigheterna

Regionen har ett ansvar i egenskap av huvudman även för vård som bedrivs av privata vårdgivare på uppdrag av regionen. Regionen anger genom avtal utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket hur den privata vårdgivaren ska bedriva vården. Utredningens undersökning visar att några, men inte alla, regioner reglerar frågor om privata sjukvårdsförsäkringar i avtalen med de privata vårdgivarna.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hur de kan påverka vårdens utförande. Det finns därför inte några vägledande tillsynsbeslut. Inte heller övriga myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen, har tagit fram vägledande dokument i frågan. Det saknas således en enhetlig vägledning från regionerna och myndigheterna om hur de privata vårdgivarna ska agera i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, särskilt situationen att vårdgivaren har flera uppdragsgivare med olika tidsgränser för patienterna.

Privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver, i enlighet med direktivet, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i form av undanträngningseffekter och andra konsekvenser på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Beskrivningen utgår till stor del från två myndighetsrapporter som nyligen har analyserat frågan. IVO beskriver i en förstudie de patientsäkerhetsrisker som kan finnas med privata sjukvårdsförsäkringar.[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys analyserar i en

[4] IVO förstudie (2020).

regeringsrapport såväl möjliga risker som nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar.[5] Utöver dessa rapporter finns det inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som beskriver privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen har inte kunnat finna några specifika rapporter om privata sjukvårdsförsäkringar och faktiska undanträngningseffekter. Däremot finns flera rapporter som resonerar kring undanträngningseffekter på andra områden inom hälso- och sjukvården. De beskrivningarna kan vara relevanta även för frågan om undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionernas hantering av bisysslor kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

När hälso- och sjukvårdspersonal utför vård som finansieras via försäkringar kan det få påverkan på hälso- och sjukvården, bl.a. eftersom vårdens personalresurser är begränsade. En offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonal kan utföra försäkringsvård som ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare. Sådana sidouppdrag faller under reglerna om bisysslor och som regionen som arbetsgivare har ansvar att följa. Utredningen har tagit del av flera granskningar som visar på en delvis bristande efterlevnad. Den bristande efterlevnaden kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Internationell utblick

Utredningen har gjort en översiktlig internationell utblick i syfte att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Det är Norge, Danmark, Finland och Kanada som har undersökts. Privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i de andra undersökta nordiska länderna än i Sverige (i Norge har 12 procent av befolkningen en supplementär privat sjukvårdsförsäkring, i

[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3.

Finland är det 24 procent, och i Danmark 37 procent, att jämföra med 6,5 procent i Sverige).[6]

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har regler m.m. som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns ett förbud mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som delvis har uppluckrats efter en dom från Högsta domstolen. I vissa provinser/territorier finns reglerade ersättningstak som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. I Kanada förekommer knappt s.k. supplementära försäkringar. Cirka 69 procent av befolkningen har komplementära försäkringar.

Det behövs ökad kunskap och kontroll i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte i dag 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. Dagens reglering i framför allt hälso- och sjukvårdslagstiftningen är således inte anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar och utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om t.ex. hur hälso- och sjukvården får finansieras, vårdgivarens skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (t.ex. vad avser behovs-solidaritetsprincipen), huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare och IVO:s tillsyn kopplad till privata sjukvårdsförsäkringar. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar rör grundläggande hälso- och sjukvårdsfrågor så som hur hälso- och sjukvården ska finansieras och frågor som rör tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

Det behövs aktiva och medvetna beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i olika frågor som rör privata sjukvårds-

[6] En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men då ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

försäkringar. Staten bör ta ett större ansvar och ange de rättsliga ramarna samt ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård. En tydlighet i regelverken krävs för att regionerna och vårdgivarna ska kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och för att kunna nå målbestämmelserna för hälso- och sjukvården. Även om regionerna, utifrån den kommunala självstyrelsen, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Staten och regionerna behöver därför ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk som möjliggör en *ökad kontroll* i form av effektiv avtalsuppföljning och tillsyn. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och *ökad kunskap* i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna ska ges en möjlighet men också en skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att *ställa krav på och följa upp* de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningens förslag syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård för alla

Utredningens förslag syftar till att ge ökad kunskap och kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för alla, i enlighet med de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Därigenom kan även förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas. Det är framför allt staten och regionerna som bör ta ansvaret för denna kontroll och kunskapsuppbyggnad. En ökad kontroll och kunskap kommer även att underlätta för de privata vårdgivarna att följa regelverken och därmed bidra till ett tydligare rättsläge om hur regler ska tolkas och tillämpas. En ökad tydlighet och kunskap om vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till ett tydligare rättsläge även för patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag till författningsändringar samt andra förslag på åtgärder som utredningen har funnit motiverade beskrivs kortfattat i det följande.

1. Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården och efterfrågestyrd vård. Däremot är det inte nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen och tillhörande lagstiftning för att utredningens förslag ska kunna genomföras.
2. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) införas regler om hur hälso- och sjukvården får finansieras. Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Motsvarande ska gälla för den vård som utförs på uppdrag av regionen. Förslaget innebär att regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, inte kan finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Sådan privatfinansiering som sker med stöd av författning kommer dock alltjämt att vara tillåten.
3. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen införas regler som ger nya verktyg och bättre förutsättningar för regionerna i egenskap av huvudmän att ta sitt ansvar för vården när vården utförs av en privat vårdgivare som även har andra uppdragsgivare, t.ex. ett försäkringsbolag. Det föreslås en skyldighet för regionerna att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Förslaget innebär att om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det i avtalet mellan vårdgivaren och regionen framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över till vårdgivaren att utföra.
4. Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen behöver regleras i enlighet med tidigare lämnat utredningsförslag från *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).
5. Det ska i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) införas regler som ger nya verktyg och

bättre förutsättningar för IVO att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Förslaget innebär att IVO bättre kan ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet och säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, men även i de situationer när den privata vårdgivaren endast bedriver privatfinansierad vård. Förslagen utgörs av en ökad anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och att IVO ska få meddela de föreläggande som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Dessa förslag stärker IVO:s förebyggande arbete med att agera utifrån risker i stället för utifrån konstaterade vårdskador.

6. Vårdgivarna ska rapportera uppgift om finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister, utöver de uppgifter som redan idag ska rapporteras till registret.
7. Utredningen rekommenderar att uppgift om finansieringsform för vården rapporteras i de Nationella Kvalitetsregister där det är relevant.
8. Den arbetsgivare som tillhandahåller en privat sjukvårdsförsäkring som en förmån åt sin anställd ska till Skatteverket särredovisa denna uppgift.
9. Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas i enlighet med tidigare lämnat förslag från bl.a. *Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (SOU 2021:59) men det är inte lämpligt att den innehåller uppgifter om privatfinansierad vård.
10. Utredningen rekommenderar SKR att ta fram riktlinjer för hanteringen av bisysslor med särskilt fokus på hälso- och sjukvården samt utbildningsmaterial för de personer i regionerna som arbetar med bedömning av bisysslor inom hälso- och sjukvården.

Konsekvensanalys och ikraftträdande

Vissa av utredningens förslag innebär nya arbetsuppgifter för vårdgivarna, såsom förslaget om att rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister och att anmäla uppgifter om finansieringsform och flera uppdragsgivare till IVO:s vårdgivar-

register. Förslaget om reglering av hur hälso- och sjukvården får finansieras är framför allt en kodifiering av vad som redan gäller och innebär således framför allt ett tydligare rättsläge. Vilka konsekvenser som följer av förslagen om regionernas nya avtalsvillkor och om avtalsuppföljning beror på huruvida aktörerna redan agerar på det sätt som föreslås och tar sitt huvudmannaansvar. Förslaget om särredovisning medför en viss ökad arbetsbörda för de arbetsgivare som tillhandahåller privata sjukvårdsförsäkringar som en förmån åt sina anställda. Vissa av förslagen medför ekonomiska konsekvenser för staten, och då framför allt för de berörda myndigheterna IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket.

Författningsförändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Förordningsändringarna kan träda i kraft tidigare. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Förslagen behöver följas upp i syfte att överväga ytterligare åtgärder

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har lett till en otillräcklig kunskap och kontroll av de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det gör det angeläget att oron för konsekvenserna av sjukvårdsförsäkringarna inte leder till förhastade beslut som inte bygger på en juridisk analys och faktabaserade underlag. Samtidigt är det viktigt att en beredskap byggs upp för att inom en nära framtid kunna vidta de ytterligare åtgärder som uppföljningen av utredningens förslag motiverar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa upp förslagen. Uppdraget bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Utredningens förslag ska således betraktas som ett första steg i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden

PROTOKOLLSUTDRAG
2021-12-14

§ 388
Yttrande över remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

HSN 2021-2527

Ärendebeskrivning

Rotel II – Hälso- och sjukvårds-, innovations- och kulturroteln – har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80). I betänkandet ges ett antal förslag, bedömningar och rekommendationer kopplade till privata sjukvårdsförsäkringar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss – Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Yrkande

Ordförande Anna Starbrink (L) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Propositionsordning

Ordförande Anna Starbrink (L) ställer proposition på eget yrkande och finner att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar enligt det.

Beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Tjänsteutlåtande över remissen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80) överlämnas till regionstyrelsen som nämndens yttrande.

Deltar ej i beslut

Jonas Lindberg (V) anmäler att V-ledamöterna inte deltar i beslutet.
Talla Alkurdi (S) anmäler att S-ledamöterna inte deltar i beslutet.

Särskilt uttalande

Jonas Lindberg (V) lämnar för V-ledamöterna ett särskilt uttalande (bilaga).
Talla Alkurdi (S) lämnar för S-ledamöterna ett särskilt uttalande (bilaga).

Paragrafen är justerad

Expedieras till

Regionstyrelsen
Akten

Region Stockholm

HSN

2021-12-14

Vänsterpartiet

Särskilt uttalande

Ärende nr 27

HSN 2021-2527

Bilaga § 388 HSN 211214

Yttrande över remiss Regleringar av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU2021.80).

Vänsterpartiet deltar inte i beslutet.

Vi anser att det första som bör konstateras om denna utredning är att utredaren i fråga inte har följt de anvisningar som gavs till utredningen. I den mångordiga och stundtals oklara utredningstexten kommer inga klara och tydliga förslag som skulle säkra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Det är snarare så att utredningen blir ett indirekt försvar för det privata sjukförsäkringssystem som nu växer fram runt om i landet. Ett system som ger den person som har privat sjukförsäkring förtur till sjukvården. Ett system som slår undan portalparagrafen i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen; ”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”.

Vänsterpartiet har sedan flera år drivit denna fråga, och i många olika sammanhang lagt fram kravet att vårdgivare som deltar i LOV inte får ta emot patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar. Det blågröna styret har alltid avslagit dessa förslag. Det vill säga regionstyret har medvetet gått emot HSL:s portalparagraf.

Det är dock positivt att förvaltningen konstaterar att ”patienter som har haft sitt första besök inom den privata sjukförsäkringen potentiellt kan få snabbar behandling inom den offentligt finansierade vården, jämfört med patienter som endast omhändertas inom den offentligt finansierade vården, detta då de senares väntetid till första besök kan vara längre vid samma behov. Förvaltningen bedömer att detta i sig innebär att behovs-solidaritetsprincipen sätts ur spel.”

Vidare skriver förvaltningen ”att myndigheten har kommit till en felaktig slutsats, och saknar i utredningen analys och förslag rörande dessa risker för undanträngningseffekter vilka förvaltningen bedömer, utöver att de riskerar sätta behovs-solidaritetsprincipen ur spel och bidra till en ej jämlik vård, även riskerar att minska förtroendet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.”

Vänsterpartiet instämmer helt i den kritiken. Med detta resonemang som grund borde därför regionstyret nästa gång yrka bifall till Vänsterpartiets motioner, och olika förslag till beslut, som lyfter kravet att vårdgivare som deltar i LOV inte får ta emot patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar.

I den aktuella debatten har forskaren John Lapidus på ett utmärkt sett klargjort de stora bristerna i utredningen, som framför allt beror på att utredaren har frångått sina anvisningar för själva utredningen (https://www.dn.se/debatt/utredning-om-sjukforsakringar-bryter-mot-direktiven/)

Vänsterpartiet anser därför att ett remissvar måste vara ännu tydligare i sin kritik av utredningen, och ha som sin slutsats att det krävs tydlig lagstiftning som förbjuder att en person med privat sjukförsäkring kan ges förtur inom sjuk- och hälsovård. Om så ändå sker bör de ansvariga, som brutit mot HSL:s portalparagraf, lagföras. I konsekvens därmed ska alla regioner arbeta efter principen att vårdgivare som deltar i LOV inte får ta emot patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

SÄRSKILT UTTALANDE
2021-12-14

Socialdemokraterna
I STOCKHOLMSREGIONEN

Ärende 27
HSN 2021-2527
Bilaga § 388 HSN 211214

Särskilt uttalande gällande Yttrande över remiss – Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021_18)

Vård ska ges efter behov. Ingen ska kunna köpa sig före i kön. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar undergräver denna princip då det i praktiken öppnar upp för den med mindre vårdbehov att mot betalning få vård före den med större vårdbehov. Av den anledningen måste utvecklingen mot allt fler privata sjukvårdsförsäkringar brytas.

Privata sjukvårdsförsäkringar är både ojämlikt och ojämställt fördelade. Den vanligaste försäkringstagaren är en man med hög inkomst och lång utbildning. Att det ser ut så är givet eftersom försäkringsbolagens logik bygger på riskfördelning – det då är fördelaktigt att försäkra personer med låg sjukdomsrisk. Om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar ökar riskerar det hota vår gemensamma välfärd, där vissa grupper får tillgång till snabbare behandling, med ökade hälsoklyftor som följd.

Socialdemokraterna är kritiska mot utredningens förslag och menar att den har gjort en snäv tolkning av uppdraget genom att inte i tillräcklig utsträckning presentera förslag som begränsat privata sjukvårdsförsäkringar. Studier har visat att ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar kan gå snabbt, vilket innebär att kraftiga insatser måste sättas in i god tid för att säkerställa vård efter behov istället för plånbok, dessvärre har så inte varit fallet i utredningen.

När det gäller remissvaret instämmer inte Socialdemokraterna i den styrande majoritetens bedömning att Region Stockholm inte kan göra något åt det ökande antalet privata sjukvårdsförsäkringar. Vi menar istället att Region Stockholm i avtal med vårdgivare bör slå fast att den som bedriver skattefinansierad vård inte ska få ta emot försäkringspatienter. I ett första steg bör privata vårdgivare åläggas att redovisa i vilken utsträckning de tar emot denna typ av patienter.

Socialdemokraterna instämmer däremot i förvaltningens beskrivning av problematiken med privata sjukvårdsförsäkringar genom hela vårdkedjan, när en privatfinansierad förstakontakt med vården leder till att en betalande patient snabbare kan få specialistvård än en patient med större behov.

Om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar ökar riskerar det hota vår gemensamma välfärd, där vissa grupper får tillgång till snabbare behandling, med ökade hälsoklyftor som följd. Vården ska ges efter behov, då kan vi inte ha gräddfiler för vissa patientgrupper. Det ska inte finnas några kundklubbar och premiumklasser i Stockholms sjukvård

Med anledning av detta deltar inte Socialdemokraterna i beslutet

Talla Alkurdi (S) m.fl

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Planeringsenhet
Linnea Pettersson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-12-09

HSN 2021-2527

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Ärendebeskrivning

Rotel II – Hälso- och sjukvårds-, innovations- och kulturroteln – har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80). I betänkandet ges ett antal förslag, bedömningar och rekommendationer kopplade till privata sjukvårdsförsäkringar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss – Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Tjänsteutlåtande över remissen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80) överlämnas till regionstyrelsen som nämndens yttrande.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Regeringen har gett utredningen direktiv att dess uppgift är att

- beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana

försäkringar, och

- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso-och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

Utredningen har konstaterat att frågor rörande privata sjukvårds-försäkringar i princip är oreglerade och att bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningen kommer till slutsatsen att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Utifrån denna slutsats presenterar utredningen ett antal författningsförslag, bedömningar och rekommendationer - de som påverkar Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (förvaltningens) beställning av vård presenteras nedan. Förvaltningens kommentarer till dessa förslag presenteras under rubrik Överväganden.

Kort om utredningens förslag, bedömningar och rekommendationer

13.2 Utredningens bedömning: Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården.
I den etiska plattformen anges att behovs-solidaritetsprincipen ska styra, att den patient med störst behov av vård ska ges företräde. Utredningen slår fast att detta gäller oavsett finansieringsform. Med andra ord att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, oavsett om den bedrivna vården är offentligfinansierad, privatfinansierad eller både och. Utredningen bedömer att privata sjukvårdsförsäkringar i sig inte bryter mot behovs-solidaritetsprincipen och inte heller eventuella olika väntetider, så länge den patient med störst behov ges företräde.

Utredningen slår fast att IVO har tillsynsansvaret att säkra att behovs-solidaritetsprincipen följs för vårdgivare som har avtal både med region och försäkringsbolag om att utföra vård. Samt att regionen har i egenskap av huvudmän är löpande ansvariga för att säkerställa att de offentlig-finansierade patienterna får en god och patientsäker vård och inte utsätts för negativ påverkan från den privata vårdgivarens övriga uppdrag.

13.3 Utredningens förslag: Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel.

Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om patientens avgifter.

Enligt utredningen saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet avseende finansiering, särskilt när en vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen anser därför att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Utredningen har ej fått kännedom om att regioner utför vård som finansieras med hjälp av privata sjukförsäkringar, men även fast det inte skulle ske så betyder det inte att det är förbjudet – utredningen ser därför behov av att reglering sker. Utredningens förslag gäller både hur vård som bedrivs av regioner får finansieras och vård som bedrivs på uppdrag av regioner. Förslaget avser inte då det finns författningsstöd för annan finansiering, exempelvis vid tjänsteexport (högspecialiserad vård till patienter från ett annat land) eller medfinansiering. Vid medfinansiering bedömer utredningen att kommunallagen ger författningsstöd för annan finansiering.

13.4 Utredningens förslag: Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet 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. Utredningens bedömning: Huruvida det behövs mer detaljerade regler bör följas upp.
Utredningen föreslår att det i Hälso- och sjukvårdslagen ska tas in en bestämmelse om att det i avtal mellan region och privat vårdgivare ska regleras frågor som rör påverkan på den av regionen finansierade vården från övriga uppdragsgivare. Detta med syfte att hindra att vårdgivarens andra uppdrag negativt påverkar uppdraget från regionen. Utredningen föreslår inte hur avtalsvillkoren ska formuleras, utan bedömer att det bör bestämmas av regionen vilka avtalsvillkor som är mest ändamålsenliga. Utredningen anser att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare, samt att vårdgivaren ska visa hur vården är organiserad för att säkerställa att den med störst behov ges företräde till vården, samt hur det säkerställs att patienter som omhändertas inom regionens uppdrag får en god och patientsäker vård.

Utredningen slår därtill fast att regionen behöver ha tillräckliga verktyg och förutsättningar för att kunna följa upp avtalet.

Utredningen föreslår inga förändringar kopplat till lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Detta då förslag om att upphäva lagarna är under beredning i Regeringskansliet. Utredningen föreslår att översyn av bestämmelserna avseende uppföljning görs utifall att LOL och LOF inte upphävs.

Kort om 13.5, 13.6, 13.7, 13.8, 13.10 i utredningen

- Det föreligger tystnadspliktsgräns mellan den privata vårdgivaren och regionen, SOU 2021:4 har lämnat förslag avseende detta. Utredningen bedömer att förslagen i SOU 2021:4 ”bör genomföras i syfte att möjliggöra för privata vårdgivare att, utan hinder av tystnadsplikt, lämna uppgifter till regionen i egenskap av huvudman”.

- I utredningens föreslås att IVO:s roll ska stärkas avseende tillsynen av privata sjukförsäkringar, detta genom att anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister även ska avse uppgifter om hur vården är finansierad och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur den vården i sådana fall är finansierad.

- Utredningen föreslår vidare att vårdgivare i sin inrapportering till patientregistret ska rapportera finansieringsform. Detta med syfte att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter. Inrapportering av finansieringsform skulle bland annat leda till att det går att få information om omfattningen av nyttjandet av privata sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av vård som ges och var i vårdkedjan.

- Utredningen rekommenderar därtill att uppgift om finansieringsform införs i de nationella kvalitetsregister där denna uppgift bedöms vara relevant, i de vårdområden där privata sjukförsäkringar förekommer. Utredningen bedömer att om uppgift om finansieringsform införs så skulle det exempelvis bidra till ökad kunskap om finansieringsformen påverkar utfallet för patienten eller se om det föreligger skillnader mellan finansieringsformerna på vilken indikation en behandling/åtgärd vidtas.

- Utredningen bedömer att det ska regleras i avtal mellan region och privat vårdgivare att den privata vårdgivaren ska rapportera in väntetider till den nationella väntetidsdatabasen. Utredningen anser

dock inte att regelverket bör ändras så att databasen ska innehålla uppgifter om den privatfinansierade vården.

Överväganden
Förvaltningen ser positivt på att utredningen slår fast att behovs-solidaritetsprincipen ska följas oavsett om vården är privatfinansierad, offentligfinansierad eller både och. Förvaltningen bedömer dock, att utifrån Region Stockholms perspektiv, så kvarstår svårigheterna att säkra att principen följs av de vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Dock ser förvaltningen inte att en regelbunden uppföljning av denna risk bör ligga inom uppdraget. Förvaltningens uppdrag är att säkerställa att befolkningens totala vårdbehov kan tillgodoses genom de avtal som sluts. Om en vårdgivare utöver den offentligt finansierade vården även är dimensionerad för att omhänderta andra patienter behöver detta inte innebära en konflikt med det offentligt finansierade uppdraget. Regleringen av att den offentligt finansierade vården omhändertas i tillräcklig prioritering bör därför styras av avtal mellan regionen och vårdgivaren.

Förvaltningen har under de senaste åren fått kännedom om flera fall där det påstås att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till vård framför de offentligt finansierade patienterna av en vårdgivare med både regionavtal och avtal med försäkringsbolag. Förvaltningen har dock inte någon möjlighet att själv följa upp om behovs-solidaritets-principen följs. Förvaltningen bedömer att legala möjligheter saknas att följa upp vård som ges utanför regionens avtal och det inte heller ligger inom regionernas uppdrag att granska vård där regionen inte är huvudman.

Förvaltningen bedömer att det finns delar i utredningens förslag som ger en viss ökad möjlighet för regionen att få mer övergripande kunskap om den vård som ges av vårdgivare med andra uppdragsgivare utöver regionen.

Förvaltningen bedömer att det saknas resonemang och förslag kring de delar som handlar om risker för undanträngningseffekter.

11.4 Undanträngningseffekter och privata Sjukvårdsförsäkringar
Förvaltningen bedömer att det i utredningen saknas vissa resonemang som förvaltningen bedömer potentiellt kan påverka den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.
I utredningen saknas för det första en analys om förskrivning av läkemedel till försäkringspatienter, i de fall läkemedlet finansieras av regionen. Förvaltningen anser att de eventuella undanträngningseffekter samt det

faktum att försäkringspatienten torde ha snabbare tillgång till offentligfinansierade läkemedel också borde ha belysts i utredningen.

I utredningen saknas för det andra en analys huruvida försäkringspatienter genom sin kortare väntetid till första besök därigenom får ett snabbspår till behandling/åtgärd inom den offentligt finansierade vården. Utredningen har skrivit om Vård och omsorgsanalys rapport *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare (rapport 2020:3),* men stannar vid konstaterandet att myndigheten gjorde bedömningen att detta snabbspår inte lika tydligt träffas av bestämmelsen att den med störst behov ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek enligt myndigheten.

Vårdgivare på uppdrag från regionen tar emot remisser även rörande patienter som har omhändertagits inom avtal från annan uppdragsgivare, och gör en bedömning av patientens behov av vård. Detta innebär att patienter som har haft sitt första besök inom den privata sjukförsäkringen potentiellt kan få snabbare behandling inom den offentligt finansierade vården, jämfört med patienter som endast omhändertas inom den offentligt finansierade vården, detta då de senares väntetid till första besök kan vara längre vid samma behov. Förvaltningen bedömer att detta i sig innebär att behovs-solidaritetsprincipen sätts ur spel. Principen kan ej begränsas till endast det första besöket i vården utan måste vara genomgående i patientens vårdkedja – inklusive inför patientens första besök. Förvaltningen bedömer därmed att myndigheten har kommit till en felaktig slutsats, och saknar i utredningen analys och förslag rörande dessa risker för undanträngningseffekter vilka förvaltningen bedömer, utöver att de riskerar sätta behovs-solidaritetsprincipen ur spel och bidra till en ej jämlik vård, även riskerar att minska förtroendet för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

13.2 Utredningens bedömning: Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården.
Förvaltningen ser positivt på tydliggörandet att behovs-solidaritetsprincipen gäller oavsett finansieringsform. Förvaltningen ser även positivt på att IVO föreslås ges ett tydligare uppdrag att säkra att principen efterlevs av vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Om IVO utövar den typen av tillsyn i ökad utsträckning så blir även Region Stockholms möjlighet att vidta åtgärder mot vårdgivare som bryter mot principen större. Detta förutsätter dock att IVO informerar Region Stockholm om tillsyn som identifierat brister avseende behovs-solidaritetsprincipen, förvaltningen skulle därför önska att ett tydligare

uppdrag ges till IVO att de ska informera uppdragsgivare i de fall brister identifieras hos en vårdgivare.

Förvaltningen gör bedömningen att skrivningen om att regionerna i egenskap av huvudmän är löpande ansvariga för att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård och inte utsätts för negativ påverkan från den privata vårdgivarens övriga uppdrag, i sig inte är något som ifrågasätts. Förvaltningen vill dock betona att regionens uppdrag endast är att granska vård där regionen är huvudman. Därmed, vård som utförs inom ramen för avtal med regionen är regionens ansvar att följa upp, men regionen har ej ansvar att säkra att hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen efterlevs i all vård oavsett uppdragsgivare. Enligt förvaltningens mening åligger detta ansvar staten, bland annat genom IVO:s tillsynsansvar.

13.3 Utredningens förslag: Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel.
Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om patientens avgifter.
I Region Stockholm fattades 2008 i dåvarande landstingsfullmäktige beslut om att tillåta annan finansiering av vård som utförs av regionen. Enligt förvaltningens kännedom har detta beslut tillämpats endast vid IVF-behandlingar efter 2008. Därutöver har hälso- och sjukvårdsnämnden 2020 fattat beslut om att påbörja pilotprojekt för prevention av diabetes med Health Impact Bonds (Hälsokontrakt) där extern finansiering är en del. Annan finansiering inom den offentligt drivna vården förekommer i regionen därmed endast i enstaka fall. Förvaltningen bedömer att det i den fortsatta beredningen av utredningens förslag därför behöver klargöras om en sådan reglering är proportionerlig givet den begränsade förekomsten av annan finansiering, och att syftet med en författningsändring också behöver klargöras.

I regionen finns det därutöver en mängd donationsfonder och flerpartsfinansiering förekommer vid klinisk eller patientnära forskning. I utredningens förslag har dessa alternativa finansieringsformer ej belysts och det har ej beskrivits huruvida de skulle omfattas av författningsändringen eller ej, vilket gör att förvaltningen bedömer att förslaget är för otydligt. I en fortsatt beredning av förslaget behöver det därmed säkras att förslaget ej skapar otydligheter eller motsättningar, och att det säkras att donationer och flerpartsfinansiering vid klinisk/ patientnära forskning ej omfattas av författningsändringen.

Utredningen förslår vidare att samma reglering kring finansiering ska finnas för vård som utförs av vårdgivare utanför den egna regin, som arbetar på uppdrag från regionen. Enligt förvaltningens mening är även detta förslag otydligt, och resonemang förs inte avseende om regleringen skulle bryta mot upphandlingsrätten. Enligt förvaltningens bedömning är det därmed alltför oklart vad en sådan reglering skulle innebära i praktiken.

13.4 Utredningens förslag: Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet 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.
Utredningens bedömning: Huruvida det behövs mer detaljerade regler bör följas upp.
Förvaltningen bedömer att utredningens förslag, att tillföra en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen avseende att det i avtal ska framgå hur det säkerställs att övriga uppdragsgivares uppdrag inte negativt påverkar uppdraget från regionen, inte kommer vara möjlig att följa upp. Vårdgivarna ska enligt förslaget inkomma med uppgifter till regionen avseende deras andra uppdragsgivare. Enligt förslaget är dessa uppgifter dock endast på en övergripande nivå och regionen kommer utifrån uppgifterna ej kunna få en heltäckande och tydlig bild av huruvida övriga uppdrag får negativ påverkan på den offentligfinansierade vården.

Utredningens förslag om hur information ska rapporteras in till patientregistret samt till relevanta nationella kvalitetsregister kommer kunna ge viss information på övergripande nivå, se nedan, men ej i sådan utsträckning så att regionen har möjlighet att säkerställa att negativ påverkan inte sker.

Befogenheter att inhämta journaler för försäkringspatienter finns endast hos IVO, som därmed är den enda instans som kan följa upp och säkerställa att behovs-solidaritetsprincipen följs. Förvaltningen ser därmed att en förutsättning för att regionen skulle kunna få information om ifall avtalsvillkoren följs är att IVO utövar tillsyn, och att en återkoppling till regionen kommer till stånd.

Förvaltningens bedömning är därmed att de verktyg som utredningen fastslår behöver finnas för att kunna följa upp avtalet, saknas både i dagsläget och utredningens förslag rörande regionernas befogenheter.

Avseende att LOL och LOF inte omfattas av utredningens förslag så anser förvaltningen att det inte är tillräckligt att hänvisa till förslaget om upphävande i SOU 2020:19. Detta av två anledningar:

- SOU 2020:19 lades fram i april 2020 och är under beredning, det finns ej indikation på lagstiftning om upphävande inom kort.
- Oavsett om LOL och LOF upphävs eller ej så kan det antas att nuvarande lagstiftning förblir i kraft åtminstone under en övergångsperiod. Det är också tänkbart att lagstiftningen kompletteras/justeras och blir tillämplig i en delvis ny utformning. Verksamheter kan därmed förväntas bedrivas enligt LOL och LOF i åtminstone fem år till.

Förvaltningens uppfattning är därmed att även LOL och LOF bör inkluderas i utredningens förslag. Inom verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF är det inte ovanligt att läkaren/fysioterapeuten även bedriver privatfinansierad verksamhet. Frågeställningarna om medicinskt behov som styrande i både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård, enligt principerna för den etiska plattformen, är därför relevanta även utifrån den nationella taxans perspektiv.

Noteras bör att kopplingen till 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kan bli problematisk eftersom LOL och LOF passar dåligt in i beskrivningen. Nuvarande 15 kap. 1 § HSL, liksom utredningens föreslagna tillägg, berör avtal med annan om överlämnande av uppgifter, med bibehållet huvudmannaskap, om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för. Inom LOL och LOF sker inte ett överlämnande av uppdrag på ett sådant sätt som vid övriga avtal. Tvärtom följer rätten till ersättning av lag, utan inflytande från regionen, och regionen är inte huvudman. Denna särställning bör i vart fall analyseras och kommenteras i ett fortsatt lagstiftningsarbete baserat på SOU 2021:80.

Förvaltningen noterar därtill att det saknas resonemang kring påverkan då en privat vårdgivare har avtal med flera regioner.

Kort om 13.5, 13.6, 13.7, 13.8, 13.10 i utredningen

- Avseende tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen: Regionen har inlämnat ett yttrande (RS 2021-0114) avseende SOU 2021:4, förvaltningen gör inga andra bedömningar än vad som redan framkommit i regionens yttrande.

- Förvaltningen ser positivt på att anmälan till IVO:s vårdgivarregister ska inkludera finansieringsform och om en vårdgivare har flera uppdragsgivare, detta då regionen på så vis kan

få kunskap om vilken vård som bedrivs med andra uppdragsgivare hos vårdgivare som har avtal med regionen.

- Förvaltningen ser positivt på att finansieringsform ska inkluderas i vårdgivares inrapportering till patientregistret. Genom en sådan inrapportering kan förvaltningen få, idag okänd, information om hur stor andel av befolkningens totala vårdbehov, och vilket, som tillgodoses av regionen respektive inom de privata sjukförsäkringarna. Det är dock oklart om regionen, utifrån data i patientregistret, skulle kunna dra slutsatser om behovs-solidaritetsprincipen efterlevs eller ej av de vårdgivare som har både regionen och försäkringsbolag som uppdragsgivare, då informationen skulle bli på en övergripande nivå.

- Förvaltningen ser även positivt på att uppgifter om finansieringsform införs i de nationella kvalitetsregister där denna uppgift bedöms vara relevant, i de vårdområden där privata sjukförsäkringar förekommer. För att kunna följa upp och säkra att vårdgivare som har andra uppdragsgivare utöver regionen inte låter dessa uppdrag negativt påverka utförandet av uppdraget från regionen skulle de nationella kvalitetsregistren kunna vara en källa, detta förutsätter dock att regionen ges rätt att ta del av dessa uppgifter.

- Vårdgivare med avtal med Region Stockholm ska redan idag, i enlighet med avtalen, rapportera sina väntetider till den nationella väntetidsdatabasen. Förvaltningen har därmed inga synpunkter på utredningens förslag i det hänseende. Förvaltningen bedömer dock att även vård som ges inom ramen för privata sjukförsäkringar bör rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Förvaltningen delar inte utredningens bedömning att denna inrapportering inte är nödvändig, utan att den – i kombination med inrapportering till patientregistret – skulle ge viss information huruvida behovs-solidaritetsprincipen efterlevs eller ej. Data från den nationella väntetidsdatabasen skulle därmed vara ett verktyg för regionen för att få viss kunskap om ifall vård utförd på uppdrag från andra uppdragsgivare inte påverkar uppdraget från regionen.

  Förvaltningen vill därtill lyfta att i de allra flesta fall kan man antagligen ställa ett behov framför ett annat, vilket gör att olika avtalskrav om väntetider ej kan tillämpas annat än i undantagsfall – utan att den patient med störst behov ska prioriteras utifrån behovs-solidaritetsprincipen.

Ekonomiska konsekvenser
I det fall bestämmelser införs i Hälso- och sjukvårdslagen om avtalsregleringar kommer administrationen öka för uppföljning för att säkerställa att avtalsvillkoren följs, detta leder till att mer resurser kommer behöva tas i anspråk. Förvaltningen bedömer därför att utredningens förslag kommer ge ekonomiska konsekvenser för regionen. Hur stora dessa ekonomiska konsekvenser skulle bli skulle dock behöva analyseras vidare.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Utredningens förslag bedöms få vissa positiva konsekvenser för patientsäkerheten i den offentligfinansierade vården, genom att regionen genom inrapportering till nationella kvalitetsregister kommer få viss kunskap om ifall den offentligfinansierade vårdens kvalitet påverkas av andra uppdragsgivare. Detta kommer dock endast vara känt på en övergripande nivå. Utredningens förslag att införa avtalsregleringar att andra uppdrag inte ska påverka uppdraget från regionen bedöms ha ett signalvärde, men kommer ej kunna följas upp av regionen fullt ut som beskrivet ovan.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Utredningens förslag att införa avtalsregleringar att andra uppdrag inte ska påverka uppdraget från regionen bedöms ha ett signalvärde, men kommer ej kunna följas upp av regionen fullt ut som beskrivet ovan.

Miljökonsekvenser
Utredningens förslag bedöms få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
I det fall bestämmelser införs i Hälso- och sjukvårdslagen om avtalsregleringar kommer administrationen öka både för de privata vårdgivarna och för regionen. Rutiner/system behöver utvecklas för att överföra information enligt utredningens förslag från vårdgivarna till regionen.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Tf. avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Anders Ahlsson, 2021-12-09