Region Stockholm

27

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

HSN 2021-2527

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



Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

– ökad kunskap och kontroll

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:80

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar
– ökad kunskap och kontroll

Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:80

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.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Foto: Julia Norsk
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0227-3 (tryck)
ISBN 978-91-525-0228-0 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen tillsatte den 20 augusti 2020 en särskild utredare med uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Vidare fick utredaren i uppdrag att föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget har också ingått att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Som särskild utredare förordnades från och med den 20 augusti 2020 chefsjuristen Karin Lewin. Utredningen har antagit namnet *Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar*.

Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 28 september 2020 t.o.m. den 30 september 2021 stabschefen Mats Nilsson. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 1 oktober 2020 tf kammarrättsassessorn Alexandra Braf och juristen Anton Lesse.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 kanslirådet Lisa Englund Krafft, kanslirådet Linnea Källqvist, departementssekreteraren Carl Nilsson och ämnesrådet Eva Willman Kullén. Lisa Englund Krafft entledigades den 20 juni 2021.

Som experter till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 chefsjuristen Linda Almqvist, vice ordföranden Karin Båtelson, juristen Linnea Eriksson, seniora ekonomen Eva Erlandsson, utredaren Ulrika Lorentzi, konkurrensrådet Leif Nordqvist, utredaren Olle

Olsson, projektdirektören Joakim Ramsberg, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, professorn Mikael Sandlund och sakkunniga Ingrid Schmidt.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som har bidragit i arbetet med betänkandet. Ett särskilt stort tack riktas till professorn Shirin Ahlbäck Öberg, professorn Joakim Palme och docenten Paula Blomqvist, samtliga tre vid den Statsvetenskapliga Institutionen i Uppsala, professorn Ulrika Winblad och doktoranden Linn Kullberg, båda vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala, professorn Anna-Sara Lind, vid den Juridiska Institutionen i Uppsala, professorn Mårten Palme vid den Nationalekonomiska Institutionen i Stockholm, professorn Nils-Eric Sahlin vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund, professorn Lars Sandman vid Institutionen för hälsa, medicin och vård i Linköping samt professor emeritus Kjell Asplund. Ett särskilt tack riktas också till European Observatory on Health Systems and Policies som har lämnat bidrag till utredningens internationella utblick.

Utredningens expertgrupp har under utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

I och med detta betänkande är uppdraget avslutat. Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*.

Stockholm i september 2021

Karin Lewin

/Alexandra Braf
Anton Lesse
Mats Nilsson

Innehåll

Sammanfattning **21**

Summary **35**

1 Författningsförslag **51**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 51

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 53

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen 55

1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 56

1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261) 58

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg 61

2 Utredningens uppdrag och arbete **63**

2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet 63

2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet 63

2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet 64

2.1.3 Beredskap för ytterligare åtgärder 65

2.2 Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget 65
2.2.1 Uppdraget 65
2.2.2 Bakgrunden till uppdraget 66

2.3 Utredningens tolkning av uppdraget 68
2.3.1 Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården 68
2.3.2 En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion 70

2.4 Utredningens arbete 73
2.4.1 Inläsning, insamling och dialoger 73
2.4.2 Expertgrupp och sammanträden 75

2.5 Begrepp som används i betänkandet 75

3 Gällande rätt 87

3.1 Inledning 87

Hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning 88

3.2 Regeringsformen 88

3.3 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 88
3.3.1 Inledning 88
3.3.2 Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård 90
3.3.3 Regionens ansvar som huvudman 92
3.3.4 Avtal med annan om överlämnande av uppgifter 93
3.3.5 Regionerna och vårdgarantin 97

3.4 Patientlagen (2014:821) 98

3.5 Patientsäkerhetslagen (2010:659) 100
3.5.1 Vårdgivarens ansvar vid vårdskada 102
3.5.2 IVO:s tillsyn 103

Lagstiftning som särskilt berör regionerna 103

3.6 Kommunalrätt 105
3.6.1 Regeringsformen 105
3.6.2 Grundläggande kommunalrättsliga principer 105

3.6.3 Den kommunala självstyrelsen 107
3.6.4 Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter..... 109
3.6.5 Lagen om vissa kommunala befogenheter 110

3.7 Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare 111
3.7.1 Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare 111
3.7.2 Upphandlingsrättsliga begrepp och principer 112
3.7.3 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen..... 114
3.7.4 Valfrihetssystem enligt LOV..... 115
3.7.5 Upphandling enligt LOU 116
3.7.6 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi..... 117

3.8 Bisysslor..... 118
3.8.1 Förtroendeskadliga bisysslor 119
3.8.2 Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal..... 120

Lagstiftning som berör skydd och rättigheter..... 123

3.9 Rätten till egendomsskydd..... 123
3.9.1 Europakonventionen..... 125
3.9.2 EU:s rättighetsstadga 125

3.10 Rätten till näringsfrihet 126

3.11 Skydd för den personliga integriteten 127

3.12 EU:s dataskyddsförordning 128

Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess 129

3.13 Regler kring hälsodataregister m.m. 129
3.13.1 Patientregistret 130
3.13.2 Vårdgivarregistret..... 131
3.13.3 Kvalitetsregister..... 132
3.13.4 Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR..... 133
3.13.5 Uppgifter hos SCB..... 133

3.14 Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 134
3.14.1 IVO 134

3.14.2 Socialstyrelsen 135
3.14.3 Regionerna 135

Lagstiftning som rör skatterätt 136

3.15 Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar 136
3.15.1 Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner 138
3.15.2 Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket 141

4 Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 143

4.1 Inledning 143

4.2 Tidigare regleringar och överväganden 144

4.3 Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten 145
4.3.1 Välfärdsutredningen 145
4.3.2 Utredningen om ökad insyn i välfärden 146
4.3.3 Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård 146
4.3.4 Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus 147
4.3.5 Utredningen om styrning för en mer jämlik vård 147
4.3.6 Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar 148
4.3.7 IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar 151

4.4 Pågående uppdrag 155
4.4.1 Tillgänglighetsdelegationen 155

5 Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar 159

5.1 Inledning 159

5.2 Vad är en försäkring? 159

5.3 Vad är en privat sjukvårdsförsäkring? 161

5.4 Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar..... 162
5.4.1 Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare... 163
5.4.2 Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar..... 163
5.4.3 Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar 169
5.4.4 Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna 170

5.5 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?..... 170

5.6 Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna..... 172

5.7 Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar..... 175

5.8 Användare av privata sjukvårdsförsäkringar..... 177
5.8.1 Antalet försäkringstagare..... 177
5.8.2 Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar 179
5.8.3 Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund 185

5.9 Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar..... 188

5.10 Slutsatser och sammanfattning 190

6 Ansvaret för hälso- och sjukvården..... 193

6.1 Delat ansvar mellan staten och regionerna..... 193

6.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården 194
6.2.1 Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare 194
6.2.2 Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare..... 195

6.3 Finansieringen av hälso- och sjukvården..... 197

6.4 Olika kategorier av drift av vård 199
6.4.1 Regionen bedriver vård i egen regi 200
6.4.2 Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman 202
6.4.3 Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman 202
6.4.4 Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman 203
6.4.5 Vårdgivare med flera uppdragsgivare 207
6.4.6 Avtalsförfarandet vid regionens upphandling 208

6.5 Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen 211
6.5.1 Lagbestämmelser om avtal och uppföljning 211
6.5.2 Vägledning till regionerna från olika aktörer 213
6.5.3 Skillnader mellan avtalen 216
6.5.4 Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen 218

6.6 Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning 221
6.6.1 Beskrivning av undersökningen 221
6.6.2 Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven 230
6.6.3 Slutsatser av undersökningen 232

6.7 Slutsatser och sammanfattning 233

7 Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar 235

7.1 Brist på information om privatfinansierad vård 235

7.2 Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare 237

7.3 Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården 238

7.4 Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter 238

7.5 Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården 239

7.6 Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården 240
7.6.1 Register som innehåller uppgifter om finansieringsform 242
7.7 Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider 243
7.8 Slutsatser och sammanfattning 246

8 Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen 247

8.1 Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna 247
8.2 Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen 250
8.2.1 Riksdagsbeslut om etiska plattformen 250
8.2.2 Lagtext om etiska plattformen 251
8.2.3 Förarbeten m.m. om etiska plattformen 251
8.3 Tillsyn över målbestämmelserna 276
8.4 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer 277
8.5 Vård- och omsorgsanalys rapporter 280
8.6 Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen 284
8.7 Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen 285
8.8 Slutsatser och sammanfattning 289
8.8.1 Det medicinska behovet ska styra 289
8.8.2 Olika tidsgränser för väntan på vård 292

9 Regionernas hantering av bisysslor 295

9.1 Regionernas ansvar att hantera bisysslor 295
9.1.1 KPMG:s granskning av Västra götalandsregionen 296
9.1.2 PWC:s granskning av region Gävleborg 297
9.1.3 Internrevision i Region Värmland 297
9.1.4 PWC:s granskning av region Västmanland 298
9.1.5 PWC:s granskning av region Skåne 299
9.1.6 Statskontorets rapport om bisysslor 300

9.1.7 Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal ... 301
9.1.8 Granskningar i media ... 301

9.2 Slutsatser och sammanfattning ... 302

10 Internationell utblick ... 303

10.1 Inledning ... 303

10.2 Utredningens metod för utblicken ... 304

10.3 Norge ... 305
10.3.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge ... 305
10.3.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge ... 306

10.4 Finland ... 308
10.4.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland ... 308
10.4.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland ... 309

10.5 Danmark ... 311
10.5.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark ... 311
10.5.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark ... 312

10.6 Kanada ... 315
10.6.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada ... 315
10.6.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada ... 317

10.7 Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder ... 321

10.8 Slutsatser och sammanfattning ... 322
10.8.1 Hälso- och sjukvårdssystem ... 323
10.8.2 Privata sjukvårdsförsäkringar ... 323
10.8.3 Slutsatser ... 326

11 Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort ... 331

11.1 Inledning ... 331

11.2 Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar 332
11.2.1 Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar 332
11.2.2 Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter 333

11.3 Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården 335
11.3.1 Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården 335
11.3.2 Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården 340
11.3.3 Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider 342
11.3.4 Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion .. 346
11.3.5 Påverkan på utbildningsplatser och innovation ... 347
11.3.6 Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården 349

11.4 Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar 353
11.4.1 Inledning 353
11.4.2 Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning 357
11.4.3 Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården 359
11.4.4 Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning 361
11.4.5 ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet 363

11.5 Slutsatser och sammanfattning 365

12 Överväganden och skäl för förslag 369

12.1 Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 369
12.1.1 Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 370

12.1.2 Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 371
12.1.3 Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 377
12.1.4 Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 378
12.1.5 Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 379
12.1.6 Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 379
12.1.7 Sammanfattning 380

12.2 Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården 381

12.3 Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen 384
12.3.1 Inledning 384
12.3.2 Välfärdsmodeller 384
12.3.3 Närmare om den nordiska välfärdsmodellen 386
12.3.4 Den svenska välfärdsmodellens utmaningar 386

12.4 Intresseavvägning 390

12.5 Utredningens skäl för förslag 391

13 Utredningens förslag 397

13.1 Inledning 397

13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård 398
13.2.1 Det medicinska behovet ska styra 398
13.2.2 Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen 399

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården 402
13.3.1 Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas 402
13.3.2 Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås 404
13.3.3 Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel 407

13.3.4 Följsamhet till de nya bestämmelserna 408

13.4 Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare 408
13.4.1 Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning 409
13.4.2 Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare 411
13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården 414
13.4.4 Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren 420
13.4.5 Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen 422
13.4.6 I nuläget behövs inte mer detaljerade regler 423
13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna 425
13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan 427

13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen 427

13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården 430
13.6.1 Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar 431
13.6.2 IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen ... 432
13.6.3 Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården 436
13.6.4 Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret 437
13.6.5 IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad 441
13.6.6 Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar 442
13.6.7 Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret 443
13.6.8 IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer 446

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret 450

13.7.1 Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret ... 451
13.7.2 Konsekvenser för den personliga integriteten ... 453

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister ... 457

13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas ... 460

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård ... 463
13.10.1 Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag ... 464
13.10.2 Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård ... 467

13.11 Regionernas hantering av bisysslor ... 468

14 Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor ... 471

14.1 Uppföljning av utredningens förslag ... 471

14.2 Framtida utredningsfrågor ... 474
14.2.1 Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort ... 475
14.2.2 Mer kontroll i form av regeländringar ... 479

15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 483

15.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården ... 484

15.2 Förslaget om nya avtalsvillkor ... 485
15.2.1 Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet ... 485
15.2.2 Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet ... 485
15.2.3 Avtal som ingås efter ikraftträdandet ... 487

15.3 Förslaget om IVO:s vårdgivarregister ... 487

15.4 Förslaget om ändring i IVO:s instruktion 488

15.5 Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite 488

15.6 Förslaget om patientregistret 490

15.7 Förslaget om särredovisning 490

16 Konsekvensanalys 491

16.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar 491

16.2 Vilka berörs av utredningens förslag? 492
16.2.1 Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag 492
16.2.2 Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare 493

16.3 Konsekvenser för enskilda 497

16.4 Konsekvenser för regioner 498
16.4.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården 498
16.4.2 Förslaget om nya avtalsvillkor 498
16.4.3 Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret 500
16.4.4 Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret 501
16.4.5 Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO 502

16.5 Konsekvenser för företag m.m. 503
16.5.1 Privata vårdgivare 503
16.5.2 Försäkringsbolagen 508
16.5.3 Arbetsgivare 509
16.5.4 Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårdsförsäkring 512

16.6 Ekonomiska konsekvenser för staten 512
16.6.1 Socialstyrelsen 512
16.6.2 IVO 513

16.6.3 Skatteverket ... 514
16.6.4 Domstolar ... 515
16.6.5 SCB ... 515

16.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 516
16.7.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården ... 516
16.7.2 Förslaget om nya avtalsvillkor ... 517
16.7.3 Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret ... 520

16.8 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet ... 521
16.8.1 Förslagens förenlighet med unionsrätten ... 521
16.8.2 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet ... 522
16.8.3 Konsekvenser för jämställdhet ... 524
16.8.4 Övriga konsekvenser ... 524

17 Författningskommentar ... 525

17.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 525

17.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 526

17.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ... 530

17.4 Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ... 531

17.5 Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ... 532

17.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ... 533

Särskilt yttrande 535

Referenser 545

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:83 565

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.

Summary

A brief summary – voluntary private health insurances should be regulated

Healthcare in Sweden is in large part a public responsibility where the regions are those primarily responsible for the funding and the provision of the healthcare. The majority of healthcare in Sweden is conducted by public healthcare providers, and is publicly funded. There are also a large number of private healthcare providers that provide healthcare to the public at the request of the regions, in accordance with a contract with the region. The regions are still responsible for this healthcare as the principal (sw: *huvudman*) of it, and this healthcare is also publicly funded.

Furthermore, there are some forms of privately funded healthcare. These are, however, of a marginal scope. Privately funded healthcare is mainly run by private healthcare providers. The regions are not principals of the privately funded healthcare. The principalship is regulated in the Swedish Health and Medical Services Act (2017:30) (sw: *hälso- och sjukvårdslagen*) and means that the region keeps the overall responsibility over healthcare that has been contracted out to a private healthcare provider. A private healthcare provider can choose to only provide publicly funded healthcare, to only provide privately funded healthcare, or to provide both publicly and privately funded healthcare. It is only the publicly funded healthcare that the region is principal of, regardless of whether the healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare.

The number of persons having voluntary private health insurance has increased during the 21st century. As of today, around 690 000 persons in Sweden have voluntary private health insurance. Health-

care funded by voluntary private health insurances is estimated to amount to around 0,7 percent of the total spending on healthcare.[1]

Voluntary private health insurances have been subject to multiple considerations during the last decades in connection to different legislative efforts. It is still the subject of rather intense debate. Recently, the debate has focused on what effect voluntary private health insurances have on healthcare and society, as a whole. The debate has also focused on whether voluntary private health insurances are compatible with the Health and Medical Services Act and the fundamental principles stipulated in that act, such as the ethical platform for prioritising in healthcare (below called the ethical platform). In the public debate it is sometimes expressed that there is a risk that patients with voluntary private health insurance "jump the queue" and that the voluntary private health insurance is "a gravy train" for those patients that have such insurance.

With more people getting voluntary private health insurance, the Swedish Government has expressed its concern about the situation at hand. In the terms of reference to this Inquiry[2] the Government states that it is vital that the legislation, as far as possible, guarantees that the fundamental principles of Swedish healthcare aren't overridden. The Inquiry should therefore:

- describe the crowding out effects, or the risks of such effects, that voluntary private health insurances have caused in the healthcare system,
- propose legislation, or other measures, that, as far as possible, guarantees that patients with voluntary private health insurance do not get faster access to healthcare, or better healthcare, in the publicly funded healthcare system than patients without such insurances, and
- propose legislation which entails restrictions regarding how healthcare, provided in accordance with a contract with a region, can be funded.

In this report the Inquiry describes, from a legal perspective, what applies in terms of payment of healthcare with voluntary private

[1] In 2019 the spending on healthcare from voluntary private health insurances amounted to SEK 3,6 million, and the total spending amounted to SEK 549 million.
[2] Dir. 2020:83.

health insurance. The Inquiry sorts out the descriptions of "jumping the queue" and "having a gravy train". Furthermore, the Inquiry will describe what it means when healthcare providers have a so-called "mixed form". The Inquiry states which terminology is being used instead of the aforementioned descriptions. The Inquiry, furthermore, describes how voluntary private health insurances can affect the healthcare system and society, as a whole, and reasons about different so-called "crowding out effects".

The Inquiry has taken a legal approach to describe and analyse questions regarding voluntary private health insurances. The Inquiry notes that this subject is largely unregulated. The lack of appropriate and clear legislation and regulations have created legal uncertainty.

The Inquiry's conclusion is that the central government and the regions need to take greater responsibility regarding voluntary private health insurances, in order to guarantee all patients a good and patient-safe care. The central government should take responsibility by providing a clear legal framework and by ensuring an effective supervision of the provision of healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The central government should also enable access to data and knowledge regarding payment of healthcare with voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation, in their healthcare oversight capacity (as principals), to ensure good and patient-safe care for publicly funded patients, by making demands on and by following up the healthcare providers that, apart from the regions, also have other contracts with other entities. Increased knowledge will lead to a clearer legal situation for the healthcare providers, but also for the patients and the public, regarding how the rules are supposed to be interpreted and applied.

Given the Inquiry's conclusions, the Inquiry proposes a regulation which entails restrictions regarding when healthcare can be privately funded. Furthermore, the Inquiry proposes regulations intended to guarantee that patients with voluntary private health insurances don't receive care in violation of the fundamental principles about *healthcare on equal terms for the entire population* and that *the person with the greatest need for care should be given priority to care*.

The Inquiry also proposes legislation that will widen the obligation to register in the Health and Social Care Inspectorate's health-

care provider registry (sw: *vårdgivarregister*). The Inquiry furthermore proposes that the Health and Social Care Inspectorate should be given the possibility to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the healthcare provider registry.

The Inquiry also proposes that different registers and databases should entail information regarding form of financing for healthcare.

The over-all purposes of the proposals are two-fold: guarantee a good and patient-safe care, that is in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation, and to increase the knowledge about voluntary private health insurances and their effects. By doing this, the public's trust in the healthcare, and in the welfare state, can be strengthened. By the Inquiry's proposals the legal situation regarding questions about voluntary private health insurances will be clearer.

The Inquiry furthermore proposes that the effects of the proposals in this report should be reviewed. This assignment should be given as soon possible, in order to initiate the review. During this work, it should be considered whether further measures, and if so which measures, should be taken regarding matters of voluntary private health insurances.

In the following a more detailed summary of the Inquiry's report is presented, containing the Inquiry's conclusions, considerations, and proposals.

A more detailed summary of the report

A neutral conceptual apparatus is needed for the discussion to be objective

In the debate about voluntary private health insurances there are differing ideological perspectives regarding the consequences of those insurances, and how they affect the public's view on healthcare and society. In order to give as neutral and correct a description as possible, the Inquiry uses legal, and other neutral terminology. This is also done in order to avoid any valuation of the terms from the readers. In the following there is a description of the most common and important terms and descriptions in the report.

The region, as *principal* (sw: *huvudman*), is responsible for providing and financing the healthcare. In accordance with the principle of local self-government, the region has the ability to choose whether to provide the healthcare itself, in their capacity as a healthcare provider, or to contract out the healthcare to others, e.g. private healthcare providers. Should a region choose to outsource a certain task, which otherwise would have been performed by the region, the region still has the over-all responsibility for the healthcare provided. The principalship contains an obligation to, in addition to providing healthcare (either through the regions' own healthcare providers, or by contracting the healthcare to private healthcare providers), finance, organize and plan the healthcare. Both the regions, in their capacity as principals, and the contracted private healthcare providers, are responsible for conformity to the rules. The healthcare provided by the region itself, and the healthcare provided by a private healthcare provider in accordance with a contract with the region, is *publicly funded.*

A private healthcare provider can provide healthcare on behalf of different *clients* (sw: *uppdragsgivare*), such as different regions, patients who pay directly for their care (in cash for example), and insurance companies. It is only the healthcare that is provided in accordance with a contract with a region (i.e. on behalf of the region) that is publicly funded. Healthcare provided on other grounds is *privately funded*. When a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare, due to different contracts with different entities, the Inquiry primarily uses the description that the healthcare provider has different clients or different contracts with different entities. The term dual practice is also used to some extent. In the public debate the term "mixed form" sometimes is used. The Inquiry, however, avoids this word.

A *voluntary private health insurance* is an insurance that pays for certain care. Currently, voluntary private health insurance in Sweden is focused primarily on offering short waiting times. In other countries, the insurances can be focused on other aspects, such as better-quality care, or care that is not offered by the public healthcare. As far as the Inquiry has been able to find, voluntary private health insurances don't exist in the publicly funded healthcare, regardless of whether it is a public healthcare provider or a private one.

The Inquiry avoids the terms "queue", "jumping the queue", "faster access to care" and "gravy train". Instead, the Inquiry describes what is meant, primarily on the basis of *the ethical platform*, and the provisions in the Health and Medical Services Act, regarding healthcare on equal terms for the entire population and that the person with the greatest need for care should be given priority to care (the so-called needs-solidarity principle). The Inquiry uses the term *good and patient-safe care* to describe the overall objectives and rules that applies to all healthcare.

One important word that is used in the report, that is also mentioned in the terms of reference, is voluntary private health insurances' *effects*. The Inquiry uses the term consequences synonymously. One type of effect is if the provisions in the Health and Medical Services Act are not followed, e.g. healthcare is provided in a way that means that the person with the greatest need for care isn't given priority. This could cause risks in regard to patient-safety, such as missed care (i.e. injuries occurring due to the fact that a patient isn't given care, in time or at all). Effects from voluntary private health insurances can also be both positive and negative regarding the capacity of the healthcare (i.e. the healthcare provider's ability to provide care), the patients' demand on healthcare, the quality of the healthcare, and different so-called crowding out effects. Furthermore, voluntary private health insurances can affect the support of the public healthcare system and the welfare society.

Lack of information makes it hard to describe voluntary private health insurances and their effects

There are no rules that enable the collection of data regarding the financing of healthcare, especially the privately funded healthcare. Because of this, there also is no national information infrastructure regarding things such as how much of healthcare that is paid through voluntary private health insurances, which healthcare providers provide healthcare that is paid through insurances, which kinds of care are paid through insurances, or how many and which patients get their care paid through insurances. The lack of official data has made it difficult for the Inquiry to describe how voluntary private health insurances work. It has also been difficult to get a hold of facts to describe which effects voluntary private health insurances have on

the healthcare and on society as a whole. Furthermore, the lack of data causes difficulties for the regions in their enforcement of the contracts with private healthcare providers. The Health and Social Care Inspectorate (sw: *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*) also faces difficulties in their supervision of the healthcare due to the lack of data.

Matters regarding voluntary private health insurances are unregulated

The Inquiry notes that there is a general lack of regulations surrounding voluntary private health insurance matters. There are no public law regulations regarding such insurances.[3] A level of clarity and predictability is missing regarding for example questions on how the healthcare can be funded (publicly and/or privately), the healthcare providers' obligations in regard to the needs-solidarity principle, the principals' responsibilities when healthcare is provided by private healthcare providers, the Health and Social Care Inspectorate's supervision regarding voluntary private health insurances, and data regarding voluntary private health insurances.

There are, however, some regulations, for example in the Health and Medical Services Act and the Patient Safety Act (2010:659) (sw: *patientsäkerhetslagen*), that are applicable to all healthcare, regardless of form of operation and financing (i.e. regardless of if it's a private or public healthcare provider and if it's privately or publicly funded). There are no exceptions to these regulations regarding healthcare paid by voluntary private health insurances. There is also, however, practically no consideration given to private healthcare (private healthcare providers as well as privately funded healthcare) in the legislative history of the regulations. The lack of appropriate and clear regulations has created an uncertainty regarding the legal position.

[3] There are regulations in the insurance law, and about the Swedish Financial Supervisory Authority's (sw: *Finansinspektionen*) supervision of the insurance companies. Furthermore, there are regulations regarding the taxation of voluntary private health insurances.

The patient's need for medical care is what should decide

The provisions in the 3rd chapter of the Health and Medical Services Act applies to all healthcare providers, both public and private, and to all healthcare, both publicly and privately funded. One of these provisions states that the patient with the greatest need for medical care should be given priority. This provision is thus applicable also when a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare. The Inquiry has taken a legal approach, and has reviewed the legislation, the legislative history etc. The Inquiry cannot find anything that suggests that it isn't allowed with differing waiting times. The National Guaranteed Access to Healthcare (sw: *vårdgarantin*) and the contractually stipulated waiting times are, however, subordinate to the needs-solidarity principle.

Whether a healthcare provider in a specific situation has acted in accordance with the needs-solidarity principle or not is a task for the Health and Social Care Inspectorate and the regions to investigate. Both the supervisory authority and the regions, in their capacity as principals, are responsible for guaranteeing good and patient-safe care. This Inquiry has not been able to audit if and how the private healthcare providers are acting in accordance with the regulations in the Health and Medical Services Act.

The needs-solidarity principle is intended to provide guidance both on a comprehensive level, in order to allocate the common resources, considering these are not enough to give "everything to everyone", as well as on a more direct level, in the actual healthcare providing situations. The principle, therefore, contains a high degree of complexity. The ethical platform was also established in order to address priorities in publicly funded healthcare, i.e. not in privately funded healthcare. Thus, although the principles apply to both public and private healthcare providers, these providers operate under different conditions. Several actors have pointed out problems of interpretation with the ethical platform, and that it needs to be reviewed.

Guidance from the regions and the authorities is missing

The regions have, in their capacity as principals, a responsibility for the care provided by private healthcare providers in accordance with a contract with the region. The regions direct the private healthcare providers through the contracts and the procurement law regulations. The investigation made by the Inquiry shows that some, but not all, regions regulate matters regarding voluntary private health insurances in the contracts with private healthcare providers.

The Health and Social Care Inspectorate hasn't supervised matters relating to voluntary private health insurances and how these can affect the healthcare. There are therefore no precedents or advisory decisions from the supervisory authority. Nor are there any other guidance or advisory documents from other authorities, such as the National Board of Health and Welfare (sw: *Socialstyrelsen*).

Thus, there is a lack of conforming guidance from the regions and from the authorities regarding how private healthcare providers should act in matters regarding voluntary private health insurances, especially in a situation where the private healthcare providers have different contracts, stipulating different waiting times, with different entities.

Voluntary private health insurances can affect the healthcare and society in general

The Inquiry, in accordance with the terms of reference, describes voluntary private health insurances' effects on the healthcare and on society as a whole, in regard to both so-called crowding out effects and other consequences. The description is mostly based on two reports from Swedish authorities. In a feasibility study report from 2020 the Health and Social Care Inspectorate describes the risks regarding patient-safety that can arise, due to voluntary private health insurances. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (sw: *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*) analyses possible risks as well as potentials with voluntary private health insurances, in regards to both the public and the system, in its report 2020:3.

Apart from these reports there is not much research or other material which describes voluntary private health insurances and

their effects on the healthcare in Sweden. For example, the Inquiry has not been able to find any specific reports regarding voluntary private health insurances and actual crowding out effects. There are, however, several reports on crowding out effects in the healthcare in general. These are, to some extent, relevant for the question about crowding out as an effect of voluntary private health insurances.

The regions' management of complementary employment are in parts lacking

When healthcare personnel provide healthcare funded by voluntary private health insurances it can cause effects on healthcare, due to the fact that the healthcare resources are limited, among other reasons. Employees in public healthcare can have complementary employment with private healthcare providers, which have contracts with insurance companies and thus provides healthcare funded by voluntary private health insurances. These complementary employments are subject to rules regarding complementary employment, that the regions, in their capacity as employers, are responsible for implementing and following. The Inquiry has reviewed several audit reports, which show that the regions are somewhat lacking in their compliance with the rules regarding complementary employment. The lack of compliance could result in a decrease of the public's trust in the healthcare system.

International outlook

The Inquiry has conducted a brief international environmental scan regarding voluntary private health insurances, in order to increase the knowledge of how these matters can be handled. Norway, Denmark, Finland, and Canada have been included. The development and the regulations surrounding voluntary private health insurances in the Nordic countries are, in large, similar to the development and regulations in Sweden. The number of insurance holders in the countries differ, though. In Norway 12 percent of the population have voluntary private health insurance, in Finland the insurance holders are 24 percent of the population, in Denmark 44 percent, and in Sweden it is 6,5 percent.

In Canada, there are some different regulations that restricts how healthcare can be funded by voluntary private health insurances. There is a ban on dual practice, meaning that the physicians cannot operate in the publicly and the privately funded healthcare, but need to opt-out of one. So-called *supplementary* voluntary private health insurances are almost non-existent in Canada, due to a ban in several regions. This ban has been subject to a court decision from the Supreme Court, and has since been somewhat relaxed. There are furthermore, in some regions/territories, a regulation regarding a cap on renumerations, that are applicable in both the public and the private system. Around 69 percent of the population, however, have *complementary* voluntary private health insurance.

The government and the regions need to take more responsibility for voluntary private health insurances

There aren't any decisions from the Riksdag (the Swedish Parliament) or the Government, such as legislation or other regulations, about enabling or prohibiting payment of healthcare through voluntary private health insurances. Matters regarding voluntary private health insurances are therefore almost completely unregulated. The existing regulations, foremost in the Health and Medical Services Act, are not adapted to the development of voluntary private health insurances, and the Inquiry feels that the regulations, therefore, are not appropriate. The regulations are lacking in clarity and predictability regarding, for example, the funding of healthcare, the healthcare providers' responsibilities and obligations according to the Health and Medical Services Act (e.g. in regards to the needs-solidarity principle), the principals' responsibilities for healthcare provided by private healthcare providers, and the Health and Social Care Inspectorate's supervision in connection to voluntary private health insurances. The existence of voluntary private health insurances connects to basic healthcare matters, such as how healthcare should be funded and matters of accessibility to healthcare.

An active, conscious, decision from the Riksdag and the Government, regarding what should apply to the funding of healthcare with voluntary private health insurances is needed. In order to work towards good and patient-secure care, the government needs to take greater responsibility, establishing the legal framework, and give the

regions and the healthcare providers the prerequisites they need. Clarity in the regulations is required in order for the regions and healthcare providers to meet the challenges surrounding healthcare, and to achieve the goals for healthcare, laid out in the Health and Medical Services Act. Even though the regions, in accordance with the self-governing principle, decide themselves how the healthcare should be organised and who should provide the healthcare, the Inquiry deems it inappropriate to leave these matters solely to the regions and the healthcare providers. New obligations for the regions should therefore be put in place.

Thus, the government and the regions need to take a greater responsibility regarding payment of healthcare through voluntary private health insurances, in order to guarantee a good and patient-safe care for all patients. The government should take that responsibility by providing a clear legal framework, which enables efficient compliance and supervision. The government should also enable access to data and increase of knowledge regarding voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation to take their responsibility, as principals of the healthcare, by making demands on and following up the private healthcare providers that have contracts with other entities, beside the region, in order to ensure a good and patient-safe care for the publicly funded patients.

The Inquiry's proposals aim to guarantee a good quality and patient-safe care for all patients

The Inquiry's proposals aim to increase the knowledge about and the control over voluntary private health insurances, in order to ensure a good and patient-safe care for all patients, in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation. Through this, the public's trust in the healthcare system and the welfare state can be increased. Foremost, it is the government and the regions that should take responsibility for this increase in control and knowledge. An increased control and knowledge will make it easier for the private healthcare providers to be in compliance with the legal framework, and will contribute to a clearer legal position regarding how the regulations should be interpreted and applied. An increased clarity in the framework is important for the regions, the

private healthcare providers, the insurance companies, the patients, and for the society.

The Inquiry's proposals, regarding regulations and other measures which the Inquiry has deemed justified, such as recommendations to the Government and other key actors, are summarized in the following.

1. The discussion regarding the ethical platform and its interpretation should include factors regarding privately funded healthcare and demand-driven healthcare. However, a review of the ethical platform is not necessary for this Inquiry's proposals to be implemented.

2. In the Health and Medical Services Act (2017:30), regulations regarding how the healthcare can be funded should be included. The healthcare provided by the regions, in their capacity as healthcare providers, should be exclusively publicly funded, unless otherwise regulated by law. The same principles should apply to the healthcare provided, in accordance to a contract with a region, by private healthcare providers. The proposal means that the region, and a private healthcare provider that provides healthcare in accordance with a contract with a region, cannot fund this healthcare by private means, e.g. through a voluntary private health insurance. An exception is made regarding patient fees and other out of pocket expenses that are allowed according to the law.

3. In the Health and Medical Services Act, regulations should be introduced, giving the regions better tools and prerequisites regarding their contracts with private healthcare providers, which at the same time have different contracts with different entities, e.g. an insurance company. An obligation for the regions, to make demands and follow up the private healthcare providers that have contracts with the region and with other entities, is proposed. This proposal should guarantee good and patient-safe care for the publicly funded patients. The proposal means, that if a healthcare provider has different contracts with other entities, on top of a contract with the region, the contract between the region and the private healthcare provider should reflect this, by regulating how the private healthcare provider ensures that the other contracts do not affect the healthcare that is provided on behalf of the region.

4. The confidentiality limit between private healthcare providers and the regions needs to be regulated in accordance with the proposal in SOU 2021:4.

5. In the Patient Safety Act (2010:659) and the Patient Safety Ordinance (2010:1369), regulations should be introduced that give new tools and better prerequisites in order to develop the Health and Social Care Inspectorate's supervision on the healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The proposal means that the Health and Social Care Inspectorate can take a greater responsibility in its capacity as supervisory authority, and that it can ensure a good and patient-safe care when the private healthcare provider has different clients, but also when the private healthcare providers solely provide privately funded healthcare. The proposals consist of widened obligation to notify the Health and Social Care Inspectorate, by registration in the inspectorate's healthcare provider registry (sw: *vårdgivarregister*), and that the inspectorate should be able to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the healthcare provider registry. These proposals will strengthen the Health and Social Care Inspectorate's preventive supervision, consisting of acting on the basis of risks rather than the basis of established medical injuries.

6. The healthcare providers should report form of financing for the healthcare to the patient registry (sw: *patientregistret*) held by the Swedish Agency for Health and Care Services.

7. The Inquiry recommends that form of financing should be reported to those national quality registries (sw: *Nationella Kvalitetsregister*) where it is deemed relevant.

8. Employers who supply their employees with voluntary private health insurance should report the benefit of this, separately from other types of benefits, to the Swedish Tax Agency.

9. The national waiting time database (sw: *väntetidsdatabasen*) should be improved and evolved in accordance with the proposal in SOU 2021:59, but it is not appropriate that it holds information regarding privately funded healthcare.

10. The Inquiry recommends the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR) to develop guidelines regarding the handling of complementary employment, which is focused specifically on healthcare. Furthermore, educational documents should be developed, which are aimed at the persons working with assessment of complimentary employment in the healthcare.

Assessment of consequences and the entry into force of the Inquiry's proposals

Some of the Inquiry's proposals, such as the proposal regarding reporting to the patient registry and to the healthcare provider registry, will entail new tasks for the healthcare providers. The proposal regarding how healthcare can be funded is primarily a codification of what already applies. What the consequences of the Inquiry's proposals regarding terms of contracts and the following up of contracts with private healthcare providers will be, will depend on whether the different actors are already acting in the manner suggested in this report. The proposal regarding reporting of benefit of voluntary private health insurances separately from other benefits will increase the workload on the employers that offers such insurances to their employees, but only to a small extent. Some of the proposals will entail financial consequences for the government, primarily for the affected authorities: The Health and Social Care Inspectorate, the Swedish Agency for Health and Care Services, and the Swedish Tax Agency.

It is proposed that the proposed amendments to acts should entry into force on the 1st of January 2023. The amendments to ordinances can entry into force earlier. Some provisional regulations are proposed.

The Inquiry's proposals need to be further evaluated in order to consider further actions

The lack of clear and appropriate regulation has led to insufficient knowledge and control of voluntary private health insurances. It is important that the concerns regarding the consequences of volun-

tary private health insurances do not lead to hasty decisions, which are not based on a legal analysis and fact-based evidence. However, it is also important that a preparedness for taking additional measures, should they be needed, is built up. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis should be instructed to follow up the Inquiry's proposals. This assignment should be given as soon as possible, in order for the agency to be able to start planning and executing the work.

Based on the knowledge and experiences that will come out of the Inquiry's proposals, it could be relevant to implement additional measures onwards. The Inquiry's proposals should therefore be viewed as a first step in matters regarding voluntary private health insurances.

1 Författningsförslag

Utredningen har följande förslag till författningstext.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 10 kap. 1 § ska upphävas,

dels att 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 28 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	28 a §
	Inspektionen för vård och omsorg får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan enligt 2 kap. 1 och 2 §§ och av de föreskrifter som har meddelats i anslutning till 2 kap. 3 §. Beslut om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §[1]

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. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller	*3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att anmäla enligt 2 kap. 1–3 §§,*
4. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.	*4.* förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller
	5. 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 2023.

2. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser tillämpas.

[1] Senaste lydelse 2012:957.

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, 7 kap. 10 §, 15 kap. 2 och 3 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	10 §
	Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart finansieras med offentliga medel.
	15 kap.
	2 §
	Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 1 § ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap.
	3 §
	Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet enligt 1 § framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över.
	I avtalet ska anges hur det som avtalas enligt första stycket följs upp.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

3. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som förlängs efter ikraftträdandet.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 §[2]	
Sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som	
1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,	
2. behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller	
3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.	
Behandlingen får avse uppgifter om	
1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och	1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, *finansieringsform för vården*, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.	

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

---

[2] Senaste lydelse 2017:69.

1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 och 3 §§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
1 §	
En anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om	
1. verksamhetens inriktning,	
2. var verksamheten ska bedrivas,	
3. vem som är verksamhetschef,	
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,	
5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas, *och*	5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas,
6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.	6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
	7. hur vården är finansierad, och
	8. vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.
3 §[3]	
Register enligt 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) får innehålla uppgifter om	
1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,	
2. var verksamheten bedrivs,	
3. verksamhetens inriktning,	
4. verksamhetens omfattning,	
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,	

[3] Senaste lydelse 2018:1838.

6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,	
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,	
8. datum för inspektion av verksamheten,	
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, *och*	9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten,
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.	10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen,
	11. hur vården är finansierad, och
	12. vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.

---

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

2. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 eller p. 8 denna förordning ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan.

1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

Härigenom föreskrivs att 5 kap. 1 och 2 §§ och 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 kap.	
1 §[4]	
I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) om intäkt i inkomstslaget tjänst ska följande uppgifter lämnas:	
1. bruttolönen,	
2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.	2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring*.
5 kap.	
2 §[5]	
I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån lämnas:	I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* lämnas:
1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*	1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,
2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).	2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

[4] Senaste lydelse 2017:390.
[5] Senaste lydelse 2017:390.

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

6 kap.

3 §[6]

I en arbetsgivardeklaration som ska innehålla uppgifter om en viss betalningsmottagare enligt 26 kap. 19 a–19 c §§ eller 19 e § skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter lämnas om mottagaren:

1. bruttolönen,

2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.

2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring.*

Följande uppgifter om bilförmån ska också lämnas:

Följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* ska också lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

Arbetsgivardeklarationen ska även innehålla uppgift om huruvida bostadsförmån i Sverige avser en bostad som är belägen på en småhusenhet. Det gäller dock inte om det är fråga om förmån av semesterbostad.

[6] Senaste lydelse 2017:390.

Den som ska redovisa skatteavdrag för skatt enligt lagen (1991:591) om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl. ska också lämna uppgift om arten av den verksamhet som ersättning har betalats ut för. Det gäller också om ersättningen är undantagen från skatteplikt på grund av skatteavtal enligt 8 § första stycket 4 lagen om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

Härigenom föreskrivs att 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §[7]	
Inspektionen för vård och omsorg har som huvudsakliga uppgifter att	
1. svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,	
2. som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), och	
3. svara för tillståndsprövning inom de områden som anges i 1.	
Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.	Verksamheten ska bedrivas strategiskt *och i förebyggande syfte*, effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

[7] Senaste lydelse 2014:1049.

2 Utredningens uppdrag och arbete

I detta kapitel ges först en beskrivning av utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet. Därefter beskrivs utredningens uppdrag och bakgrund till uppdraget, utredningens tolkning av uppdraget, hur utredningen har bedrivit sitt arbete samt vilka begrepp som används i betänkandet.

2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet

2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet

Utgångspunkten för detta betänkande är den problembild som beskrivs i direktiven till utredningen och där regeringens oro för den rådande situationen med en utveckling av att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring beskrivs. Det anges i direktiven att det befaras att tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället kan minska genom att de lagstadgade principerna som utgör den etiska plattformen åsidosätts. Utredningen anser att det är viktigt att bilda sig en uppfattning om hur de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar den svenska välfärdsmodellen, där de olika välfärdstjänsterna i huvudsak är offentligfinansierade. Se kapitel 12.

Utredningen har en juridisk ansats för att beskriva och analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har gjort eftersökningar för att kartlägga hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad, finansierad och organiserad och om sjukvården uppfyller de lagstadgade målen om en god och patientsäker vård.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis finns en osäkerhet om vilka regler som gäller för den vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar och om en privat vårdgivare får ha olika väntetider för patienter, beroende på hur avtalet med uppdragsgivaren är formulerat. Se kapitel 8.

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har även bidragit till att det finns stora kunskapsluckor om försäkringar, t.ex. saknas kunskap om vilka som har och utnyttjar försäkringarna, liksom vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Kunskap saknas även om privatpersoners och arbetsgivares incitament för att teckna privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 7.

Kunskapsluckorna skapar stora svårigheter när konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar ska studeras. Det gäller både positiva och negativa följder så som risk för att hälso- och sjukvårdens målsättning om en god och patientsäker vård inte uppfylls och om påverkan på efterfrågan på vård och vårdens kapacitet. Se kapitel 11.

Regionerna och staten har inom ramen för sitt nuvarande mandat en möjlighet och skyldighet att ta ett större ansvar än vad som sker i dag för att kontrollera och öka kunskapen om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 12.

2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet

För att regionerna, vårdgivarna och myndigheterna ska kunna ta sitt ansvar och kontrollera att vården är god och patientsäker krävs ett tydligt och ändamålsenligt regelverk. I dag saknas sådana regler med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att ett första steg bör vara att stärka regionernas möjligheter att ta sitt ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför en skyldighet för regionerna att i avtalet med den privata vårdgivaren reglera hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de offentligfinansierade patienterna. Utredningen anser också att staten ska ta sitt ansvar genom en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar därför flera förslag

till ny lagstiftning och andra författningsändringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

Utredningens strävan är också att bidra till ett helhetsperspektiv och transparens i frågan om privata sjukvårdsförsäkringar på det omfattande politikområde som hälso- och sjukvårdspolitiken utgör och som ofta är uppe till diskussion. Kunskapen måste stärkas om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar i praktiken, t.ex. hur mycket försäkringarna utnyttjas, vilka det är som nyttjar försäkringarna och vilken vård det är som betalas via en försäkring. Utredningen lämnar därför olika förslag för att stärka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

2.1.3 Beredskap för 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. Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det därför framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Se kapitel 14.

2.2 Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget

2.2.1 Uppdraget

I direktivet anges att utredaren ska

– beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,

– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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,

– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
– analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Utredningen ska även motivera eventuella begränsningar av den kommunala självstyrelsen.

2.2.2 Bakgrunden till uppdraget

Bakgrunden till uppdraget framgår av direktivet[1]. I direktivet hänvisas till en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys[2] där det konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården, och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras i rapporten att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privatfinansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Av direktivet framgår att regeringen ser med oro på den rådande situationen och att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. Den snabba utvecklingen där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar, enligt direktivet, att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges i direktivet att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

I budgetpropositionen för 2021 gör regeringen flera uttalanden som är relevanta för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i hälso- och sjukvården.[3] Regeringen skriver att alla ska erbjudas en behovs-

[1] Dir. 2020:83.
[2] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[3] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

anpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet och att en sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.[4] Regeringen uttalar att principen om vård efter behov ska tryggas och att tillgängligheten till vården ska förbättras. Regeringen betonar att en av de viktigaste frågorna för regeringen under innevarande mandatperiod har varit att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården genom kortare köer men att den pågående pandemin har inneburit att ett stort antal planerade besök och operationer har behövt ställas in. Det har medfört att antalet personer som väntat på vård längre än vårdgarantins 90 dagar har ökat kraftigt. Regeringen uttalar också att ökad tillgänglighet i vården kräver en kombination av lösningar och att den avser att genomföra insatser för att stödja regionerna i arbetet med att korta väntetiderna och minska köerna. En viktig del utgörs enligt regeringen av Tillgänglighetsdelegationens arbete med att samverka med regionerna och stödja deras arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för kortare väntetider. En annan viktig del i arbetet för att korta köerna är, enligt regeringen, att regionernas och vårdgivarnas, oavsett utförare, samlade kapacitet används mer effektivt.[5]

Regeringen betonar också att vård ska finnas tillgänglig för alla i Sverige på lika villkor. Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges efter behov och inte betalningsförmåga. Regeringen påpekar att den därför har tillsatt denna utredning.[6]

I överenskommelsen från januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna (det s.k. januariavtalet) finns skrivningar om att korta köerna och att trygga principen om vård efter behov. Vite eller sanktioner ska kunna åläggas huvudmän som inte uppfyller vårdgarantin, om det visar sig att andra åtgärder inte räcker till.[7] I juli 2021 tillträdde en ny regering.

[4] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 42.
[5] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 43.
[6] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 44.
[7] Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

2.3 Utredningens tolkning av uppdraget

2.3.1 Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården

Utredningen har sett behov av att tydliggöra begreppet offentligfinansierad vård och förekomsten av sjukvårdsförsäkringar i den vården utifrån vad som anges i direktivet till utredningen.

Det saknas en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns dock i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av allmänna medel.[8]

Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården betalas huvudsakligen av regionen. Det gäller både sådan vård som regionen bedriver i egen regi och sådan vård som en privat vårdgivare utför enligt avtal på uppdrag av regionen. Regionerna får sina intäkter genom skatter och statliga bidrag men även genom patientavgifter. Det finns även olika former av privatfinansierad vård men den är av marginell omfattning. Exempelvis kan vården betalas via en privat sjukvårdsförsäkring eller kontant direkt av patienten.

Utredningen kan inte finna att det förekommer privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det finns dock inte några uttryckliga regler om huruvida det är tillåtet eller inte. Även om det inte förekommer några betalningar via privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården kan sådana försäkringar ha konsekvenser för hälso- och sjukvården i olika avseenden. Att privata sjukvårdsförsäkringar kan ha konsekvenser för den offentligfinansierade vården innebär inte att den försäkringsfinansierade vården kan ses som en del av den offentligfinansierade vården. Exempel på faktorer som kan påverkas av förekomsten av sjukvårdsförsäkringar är tillgång till hälso- och sjukvård och tillgång till personal samt prioriteringar mellan patienter.

I detta sammanhang är det också viktigt att komma ihåg att en privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika uppdragsgivare, t.ex. en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag som betalar för en patient med en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på

[8] Se t.ex. prop. 2017/18:40, s. 84, prop. 1995/96:176, s. 54 f. och prop. 2009/10:67, s. 49.

uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är privatfinansierad.

Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”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”, som att den delen framför allt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård i enlighet med de grundläggande principer och bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De offentligfinansierade patienterna ska inte påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter. Det anges att utredningen i denna del ska föreslå författningsförslag eller andra åtgärder. Sådana andra åtgärder kan t.ex. vara regeringsuppdrag till myndigheter om att utföra fördjupade analyser eller rekommendationer till andra aktörer om att ta fram riktlinjer eller annat stödmaterial.

Som framgår av kapitel 8 är det flera aktörer som menar att det är svårt att få ledning från den etiska plattformen i vissa frågor och också föreslår en översyn av den etiska plattformen av olika skäl. Bl.a. pågår en diskussion om hur den etiska plattformen ska tillämpas i frågor om privatfinansierad vård, efterfrågestyrd vård och patientens valfrihet, dvs. frågor som har koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen konstaterar att den etiska plattformen är reglerad i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Arbetet med att ta fram den etiska plattformen och tillhörande lagstiftning var inriktat på den offentligfinansierade vårdens åtaganden och hur regionerna skulle kunna klara av sitt uppdrag utan att nya resurser tillfördes vårdområdet. I de förarbeten som togs fram för över 30 år sedan saknas därför i princip helt resonemang om privatfinansierad vård. För det fall man vill ändra eller komplettera den etiska plattformen med resonemang om t.ex. privatfinansierad vård behöver man således se över vilka effekter det får på lagstiftningen. Det har inte legat i utredningens uppdrag att se över den etiska plattformen med tillhörande lagstiftning.

Utredningen har även till uppdrag att ”lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras”.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen är offentligfinansierad. Utredningen har sålunda tolkat denna del av uppdraget som att den avser hur den offentligfinansierade vården som utförs av en annan aktör än regionen får finansieras och då mer specifikt om den får finansieras med privata medel.

2.3.2 En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

Privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är föremål för en förhållandevis omfattande debatt.[9] Det saknas dock robusta kunskapsunderlag och den officiella statistiken är bristfällig.[10] Det saknas t.ex. uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar för hälso- och sjukvården. Det saknas också officiella uppgifter om vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilka patienter det är som betalar på det sättet. Det saknas även heltäckande underlag om vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Bristen på information försvårar en saklig diskussion.

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om riskerna med sådana försäkringar och synen på välfärdssamhället och hälso- och sjukvården. 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. Utredningen använder sig i första hand av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva olika situationer. Se kapitel 2.5 för vilka begrepp som kommer att användas. I det följande kommenteras begreppen kö och blandform.

En uppgift för denna utredning är att lämna förslag som säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar. Uppdraget rör således prioriteringar mellan olika patienter. I debatten om sjukvårdsförsäkringar används orden ”kö” och ”vårdkö” i samband med diskussionen om prioriteringar. Exempelvis beskrivs att patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar ”går före

[9] Se beskrivning av detta i kapitel 2.4.
[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 5.

i kön och får en gräddfil i vården".[11] Ordet vårdkö förekommer även i andra sammanhang, t.ex. i diskussionen om i vilken ordning olika grupper ska få vaccin mot covid-19 och kring den s.k. kömiljarden.[12] I januariavtalet används begreppet vårdkö och att det ska tas fram en generalplan för kortare köer inom vården tillsammans med regionerna.[13] Vidare har Socialstyrelsen i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården.[14]

Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte några bestämmelser om att det ska finnas en eller flera köer till hälso- och sjukvården och beskrivningen återfinns inte heller i några förarbeten. I kapitel 6, figur 6.2. beskrivs flera olika sätt för en patient att få vård.

Regionerna har stor frihet att bestämma hur hälso- och sjukvården ska vara organiserad och organisationen skiljer sig åt mellan regionerna. Hälso- och sjukvården är inte reglerad eller organiserad på ett sätt som förutsätter eller kräver att det finns en kö. Patienter kan t.ex. få vård i en annan region eller i ett annat land och utländska patienter kan få vård i Sverige. En patient kan också få vård av flera olika aktörer. T.ex. kan patientens första kontakt vara med vård som bedrivs av regionen i egen regi medan den fortsatta vården kan ges av en privat vårdgivare med regionen som huvudman.[15] Dessutom är den hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar organiserad på ett delvis annat sätt än den offentligfinansierade vården. Den vården är t.ex. inte uppbyggd utifrån fördelningen primärvård och specialistvård. Försäkringsbolagens villkor innebär att de enbart bekostar vårdåtgärder som utförs av de specialister som försäkringsbolaget har hänvisat till och har avtal med. Patienter som finansierar sin vård via privata sjukvårdsförsäkringar har således inte kontakt med primärvården på samma sätt som de offentligfinansierade patienterna.[16]

[11] Se t.ex. Katalys (2020).
[12] Folkhälsomyndighetens Rekommendation om vaccination mot covid-19, och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården under 2021* – överenskommelse mellan staten och SKR. Se även SOU 2021:59, s. 35 och 134 om att använda andra begrepp än kö.
[13] Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.
[14] Socialstyrelsen har sedan den 25 juni 2020 regeringens uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS – delvis).
[15] För vidare beskrivning av detta, se kapitel 6.
[16] För vidare beskrivning av detta, se kapitel 5.

Utredningen kommer att i möjligaste mån undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. Värt att notera är att det inte finns regler om att få snabbast vård eller snabbare vård än någon annan. Däremot är det reglerat att olika vårdåtgärder ska ske inom viss föreskriven tid (vårdgarantin), att målet med hälso- och sjukvården bl.a. är en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det finns även regler om rapportering av väntetider till den nationella väntetidsdatabasen som SKR ansvarar för. Dessa olika legala beskrivningar kommer framför allt att användas i detta betänkande.

Ett annat ord som används i debatten är ”blandform” och att vårdgivaren blandar verksamhet bestående av offentligfinansierade patienter med verksamhet som består av privatfinansierade patienter.[17] Med detta begrepp brukar avses den situationen att en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, och samtidigt tar emot patienter som betalar för hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den privata vårdgivarens organisation kan se olika ut. I och med att privata vårdgivare kan ha flera verksamheter och flera uppdragsgivare, både offentligfinansierade och privatfinansierade, kan det av olika skäl finnas behov av att kunna särskilja vissa delar av de olika verksamheterna. Exempelvis finns det regler om redovisning och bokföring som kan förutsätta skilda system och som gäller för alla aktörer, inte bara de privata vårdgivarna. Det finns även sekretessregler som gör att uppgifter om patienter inte får delas helt fritt mellan olika verksamheter.

Förutom att det finns regler som förutsätter att systemen hålls separerade i vissa delar finns en frihet för vårdgivaren att organisera verksamheten på det sätt som denna anser vara lämpligt. I vissa fall är den vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar separerad, t.ex. i en särskild juridisk person, i förhållande till den offentligfinansierade vården, medan vissa aktörer inte har en lika tydlig uppdelning utan bedriver vården t.ex. i samma lokal och med samma personal. Eftersom utredningen menar att det finns en risk att begreppet ”blandform” associeras med sammanblandning eller hop-

[17] Se t.ex. Katalys (2020), s. 12 f.

blandning kommer det begreppet att undvikas. I stället kommer utredningen beskriva vad som avses. Den vanligaste beskrivningen kommer då vara att vårdgivaren har flera uppdrag som kan vara offentligfinansierade eller privatfinansierade. Typ av uppdragsgivare kommer också beskrivas, t.ex. region, försäkringsbolag eller privatbetalande patienter.

2.4 Utredningens arbete

I detta avsnitt beskrivs hur utredningen har arbetat med uppdraget. I utredningens direktiv beskrivs att utredaren i sitt arbete ska föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt. Utredningen har eftersträvat ett öppet arbetssätt och har kontinuerligt fört dialog med olika aktörer.

Utredningen har anlitat konsultstöd för viss del av arbetet med faktainsamling, undersökningar och analyser. Detta arbete har utförts av Mapsec AB och Lumell Associates AB.

Förutom den egna insamlingen av relevant material till betänkandet har utredningens arbete p.g.a. covid-19-pandemin präglats av digitala möten och telefonkontakter.

2.4.1 Inläsning, insamling och dialoger

Utredningen har undersökt författningstext, förarbeten till lagstiftning, rättsfall och tagit del av forskningsmaterial, myndighetsrapporter, litteratur och övriga källor som har haft relevans för uppdraget.

Utredningen har även tagit del av den omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar.[18] Vård- och omsorgsanalys gjorde en artikelsökning för tiden den 16 september 2019 till den 16 mars 2020 och fann att det då publicerades närmare 1 400 artiklar

[18] För t.ex. riksdagsmotioner se Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU16. För debatt i regionerna, se t.ex. regionfullmäktige i Västra Götalandsregionens beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen *Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård*, RS 2020-03968), Vårdstyrelsen i Region Uppsalas sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 avseende behandling av *Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård*, samt regionfullmäktige i Region Uppsalas sammanträde den 26 februari 2020, §19/20 och den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20 för interpellationsdebatter.

om privata sjukvårdsförsäkringar.[19] Även utredningen har gjort en artikelsökning i ett mediearkiv och under tiden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021 blev det 421 träffar med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Träffarna återfinns i tryckt press, webb och TV/Radio.[20] Debattörerna är framför allt forskare, politiker och organisationsföreträdare. Frågor som debatteras rör bl.a. huruvida privata sjukvårdsförsäkringar är förenliga med den s.k. etiska plattformen och jämlik vård för hela befolkningen, hur långt regionernas ansvar sträcker sig, IVO:s tillsyn, vinster i välfärden samt bisysslor.

I detta betänkande hänvisas på flera ställen till vad som diskuteras och debatteras i ”den allmänna debatten” se t.ex. detta kapitel om vilka begrepp som används, kapitel 5 om fackförbundens inställning till privata sjukvårdsförsäkringar, kapitel 8 om den etiska plattformen och en jämlik vård för hela befolkningen, kapitel 9 om bisysslor, kapitel 10 om den internationella debatten samt kapitel 12 om synen på välfärdssamhället. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i dessa frågor men det har inte varit möjligt för utredningen att närmare sortera och gruppera de olika åsikterna. Det är därför inte möjligt att t.ex. återge samtliga källor i noterna i betänkandet. Utredningens hänvisningar till vad som debatteras ska inte heller betraktas som uttömmande. I vissa fall gör utredningen exemplifieringar och sammanfattningar av vad som förekommer i debatten.

Utredningen har därutöver samlat in information genom enkäter, intervjuer och dialoger med olika aktörer. Utredningen har skickat ut två olika enkäter. Den ena har gått till de olika patientnämnderna i Sverige. Den andra enkäten riktade sig till upphandlare hos regionerna.

Utredningen har genomfört två strukturerade intervjusessioner. I den första intervjuades företrädare för regioner. I den andra intervjuades företrädare för privata vårdgivare. Dessa beskrivs närmare i kapitel 6.

Utredningar har vidare haft kontakt med andra pågående utredningar som Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) och Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01).

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen i samarbete med European Observatory

[19] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 43.
[20] Sökning i Retrievers mediearkiv, perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

on Health Systems and Policies, på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.

Förutom att utredningen har haft kontakt med de myndigheter som varit representerade i utredningens expertgrupp har kontakter tagits med SCB, Skatteverket, Finansinspektionen och Riksrevisionen. Vad gäller organisationer m.m. som inte har varit representerade i utredningen har utredningen haft kontakt med Vårdföretagarna, Smer och Funktionsrätt Sverige. Utredningen har också haft kontakter med forskare verksamma vid universitet i Uppsala, Stockholm, Lund och Linköping.

2.4.2 Expertgrupp och sammanträden

Till utredningen är en expertgrupp knuten med sakkunniga från myndigheter, organisationer och Regeringskansliet. Expertgruppen består av fyra sakkunniga från Regeringskansliet och elva experter som representerar myndigheterna IVO, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten samt organisationerna LO, SKR, Svensk försäkring, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Vårdförbundet.

Deltagarna i expertgruppen har bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag under hela utredningsarbetet. Sammanlagt har fem utredningssammanträden hållits. Inför sammanträdena har utredningen delat texter för genomläsning av expertgruppen. Sammanträdena har fokuserat på diskussion utifrån de utskickade texterna och utifrån olika teman.

Vid ett av utredningens sammanträden deltog en representant för Vårdföretagarna. Representanter från Smer och Länsförsäkringar har även deltagit som gästföreläsare vid några av sammanträdena.

2.5 Begrepp som används i betänkandet

Utredningen använder följande begrepp. Beskrivningen sker i bokstavsordning. Vid citat används originalordet.

Avtal om att bedriva vård på uppdrag av regionen

Regionen kan uppdra åt någon annan aktör att bedriva den vård som regionen ansvarar för. Uppdraget ska då regleras i avtal. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskrivs detta som ett ”avtal med annan om överlämnande av uppgifter” och att regioner ”får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag”. Liknande beskrivning används i 10 kap. kommunallagen (2017:725).

Ibland beskrivs denna situation, dvs. när regionen lämnar över uppgiften att utföra vården till annan aktör, som att regionen köper vård från andra aktörer. Detta till skillnad från när regionen producerar vård i egen regi. Andra begrepp som används är att regionen upphandlar eller avtalar om vård.

Utredningen kommer huvudsakligen använda beskrivningarna ”bedriva” eller ”utföra” vård på uppdrag av regionen eller med regionen som uppdragsgivare. Även beskrivningen att ”regionen har lämnat över driften” till någon annan, t.ex. till en privat vårdgivare, kommer att användas.

Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Etiska plattformen ska, enligt ett riksdagsbeslut från 1997, styra beslut om prioriteringar i vården.[21] Principerna är också reglerade i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Behovs-solidaritetsprincipen uttrycks i lagen som att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen använder begreppet behovs-solidaritetsprincipen utifrån hur den är formulerad 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 vårdarbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet.[22] Den

[21] Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14, beslut i riksdagen den 16 april 1997.
[22] SOU 2001:8, s. 107.

etiska plattformen och tillhörande regelverk togs framför allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

God vård

Det används flera olika begrepp och beskrivningar för att beskriva målet med hälso- och sjukvården och hur den bör vara utformad och bedrivas.

Vissa begrepp och beskrivningar finns i lagstiftning som kompletteras med skrivningar från myndigheter. God vård är ett kvalitetsbegrepp. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att målet med hälso- och sjukvården är en *god hälsa* och en *vård på lika villkor för hela befolkningen*. Målbestämmelserna infördes i tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I propositionen till den lagen var det tydligt att lagen hade karaktären av en målinriktad ramlag ”med möjlighet för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar”.[23] Det uttalades vidare att ”målen anger önskvärda framtida tillstånd”.[24]

I förarbetena uttalas att det ”främsta målet är en god hälsa för hela befolkningen”. Vidare uttalas att målet om en god hälsa förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälsopolitisk planering.[25]

Om det andra målet ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” uttalas i förarbetena att det innebär att det i princip bör vara möjligt för alla, oavsett var de bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Därav följer bl.a. att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård. Möjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte, enligt uttalanden i förarbeten, påverkas av sådana förhållanden som 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.

[23] Prop. 1981/82:97, s. 17.
[24] Prop. 1981/82:97, s. 26.
[25] Prop. 1981/82:97, s. 27.

Även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid. I förarbetena anges att samhället måste ha skyldighet att se till att, inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper, vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Därvid är det särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och handikappade.[26]

I förarbetena betonas huvudmännens ansvar för dessa mål och det är tydligt att det är den offentligfinansierade vården som bestämmelsen framför allt tar sikte på och därmed inte den privatfinansierade vården.[27]

I nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, är också den s.k. etiska plattformen reglerad. Det anges i 3 kap. 1 § att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 4 kap. 1 § att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. I samma lag anges också, i 3 kap. 2 §, att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Det finns olika författningskrav på vårdens kvalitet och utförande som alla huvudmän och vårdgivare måste följa. En grundläggande utgångspunkt, som anges i 5 kap. 1 § HSL, är att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Socialstyrelsen har utvecklat begreppet god vård i sex dimensioner, som utgår från både patienters förväntningar på vården och från regelverk, nämligen följande:

[26] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[27] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

1. *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
2. *Säker hälso- och sjukvård*. Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
3. *Patientfokuserad hälso- och sjukvård*. En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.
4. *Effektiv hälso- och sjukvård*. Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.
5. *Jämlik hälso- och sjukvård*. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
6. *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*. Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.[28]

I 7 kap. 2 a § HSL regleras också att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

I 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) anges att vården ska vara lätt tillgänglig. Regeringen beskriver begreppet tillgänglig i kommittédirektivet till Tillgänglighetsdelegation.[29] I direktivet anges att tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet, enligt direktiven till den utredningen, handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vår-

[28] Se t.ex. Socialstyrelsen (2019) och Socialstyrelsen 2006-101-2.
[29] Dir. 2020:81. Utredningens formella namn är Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

den. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som t.ex. personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. I direktiven anges att det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, dvs. att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.[30]

IVO skriver i en rapport att ”för att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå målen måste befolkningen kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården är tillgänglig för befolkningen är alltså en förutsättning för målet om en vård på lika villkor”.[31]

Regeringen utvecklar sitt mål på hälso- och sjukvårdspolitikens område i Budgetpropositionen för 2021. Där framgår att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. På det folkhälsopolitiska området är regeringens övergripande mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[32]

Utredningen kommer precisera vilka mål och krav som avses med olika beskrivningar i betänkandet. T.ex. kommer det särskilt anges i de fall utredningen avser bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning kommer begreppen god och patientsäker vård att användas. Se nedan om begreppet patientsäker vård.

Huvudman

Med begreppet huvudman avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, den region eller den kommun[33] som enligt den lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (se 2 kap. 2 §). I samma

[30] Dir. 2020:81.
[31] IVO 2021-7, s. 12.
[32] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.
[33] Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande, då den inte omfattas av utredningens direktiv.

bestämmelse anges också 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. Enligt HSL är det således endast regionen som kan benämnas huvudman. Utredningen kommer att använda begreppet huvudman för att beskriva när regionen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och lämnat över viss vård till privata vårdgivare. Regionens ansvar som huvudman består bl.a. av att erbjuda vård (antingen i egen regi eller genom uppdrag åt någon annan) och att finansiera, organisera och planera vården.

En privat vårdgivare kan inte vara huvudman enligt HSL:s definition. Det finns inte något annat vedertaget begrepp för att beskriva en sådan aktör, utan utredningen kommer i dessa situationer särskilt skriva ut vad som då avses, t.ex. att en privat vårdgivare bedriver vård som inte är på uppdrag av regionen. I vardagligt tal brukar detta benämnas som ”privat privat” vård.

Begreppet huvudman har alltså en annan innebörd inom hälso- och sjukvården än på skolans område. Skollagen (2010:800) bygger på att det finns både enskilda och offentliga huvudmän. Kommunen är huvudman för de kommunala skolorna. Däremot är det skolans styrelse som är huvudman för de fristående skolorna. Det är huvudmannen som bestämmer hur skolan ska arbeta, ser till att skolan har de resurser som krävs och arbetar för att skolan ska bli bättre. Det är huvudmannen som ansvarar för att alla elever ska nå målen. Huvudmannen ska också se till att utbildningen följer de bestämmelser som finns. Eftersom kommunerna inte är huvudmän för de fristående skolorna har de inte möjlighet att ställa krav på någon annan verksamhet än sådan de själva ansvarar för.[34]

Komplementär respektive supplementär sjukvårdsförsäkring

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. I Sverige är supplementära sjukvårdsförsäkringar vanligast (cirka 6,5 procent av befolkningen har en sådan försäkring) medan det t.ex. i Kanada är

[34] SOU 2017:38, s. 59.

vanligast med komplementära försäkringar (cirka 69 procent av befolkningen har en sådan försäkring), se kapitel 10.

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. Supplementära sjukvårdsförsäkringar kan innehålla inslag som räknas som komplementära. T.ex. ersätter flera av de svenska sjukvårdsförsäkringarna patientens utgifter för avgifter.

Offentligfinansierad vård

Som tidigare nämnts i kapitel 2.3.1 saknas det en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av offentliga medel, dvs. inte privatfinansierad.

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

Patientsäker vård

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. All vård ska ges i överenstämmelse med vetenskap och beprövad

erfarenhet. Vidare ska alla patienter ges sakkunnig och omsorgsfull vård.

Patientsäkerhet definieras i 1 kap. 6 § PSL som skydd mot vårdskada. Begreppet patientsäkerhet utgör en kvalitetsdimension i vården som är nära förknippad med god vård som avser att vården är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet. Patientsäkerhet avser ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår hindra att patienter skadas i och av vården. Patientsäkerhet kan också avse avsaknad av åtgärder när sådana är motiverade utifrån patientens tillstånd. Om patientsäkerheten är god minskar risken för vårdskador. Begreppet patientsäkerhet säger dock inget om nivån på säkerheten, eller hur respektive av vem något ska göras. Vidare förutsätter hög patientsäkerhet att andra lagar eller föreskrifter som gäller inom vården följs, t.ex. att vården bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[35] IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen.

Som beskrivs ovan under begreppet god vård kommer utredningen precisera vilka mål och bestämmelser som avses. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning av dessa mål och bestämmelser kommer begreppen god och patientsäker vård att användas.

Vårdgivare

Det finns olika begrepp som definierar den som bedriver hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används begreppet vårdgivare och där avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivarna har ett särskilt ansvar för patienter och andra i samband med den direkta hälso- och sjukvården men ska inte förväxlas med den person som rent faktiskt ger vården.[36]

Regionen behöver inte bedriva hälso- och sjukvården i egen regi utan kan uppdra åt en annan aktör att bedriva vården. I HSL används lokutionen ”någon annan” (15 kap. 1 §) för de situationer då regionen

[35] IVO 2021-7, s. 52 och prop. 2009/10:210, s. 191.
[36] Prop. 2016/17:43, s. 129.

lämnar över uppgiften att bedriva vård till t.ex. en annan region eller en privat vårdgivare. I kommunallagen (2017:725) benämns motsvarande aktör ”privat utförare” (10 kap. 7 §) och i lagen (2008:962) om valfrihetssystem ”leverantör” (2 kap. 3 §). I äldre förarbeten användes begreppet entreprenad.[37]

Vårdgivare med enbart privat finansiering omfattas också av begreppet vårdgivare. Utredningen använder begreppet vårdgivare för 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 åt regionen eller om vården bedrivs av en privat aktör utan uppdrag från regionen.

Av förarbetena till bestämmelsen om vårdgivare i HSL framgår att huvudmannen och vårdgivaren som regel båda har ansvar för att uppfylla kraven i de bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård enligt avdelning II i lagen. Regionens särskilda ansvar som huvudman framgår framför allt av avdelningarna III och V i lagen. Regeringen uttalar också i förarbetena att ansvaret som åligger en vårdgivare är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Bestämmelser i lagen som är tillämpliga på vårdgivare gäller samtliga vårdgivare.[38]

Vårdkontakt och vårdtillfälle

Begreppen vårdkontakt och vårdtillfälle har i vissa sammanhang specifika betydelser och det kan vara nödvändigt att kunna särskilja begreppen. I Socialstyrelsens termbank[39] beskrivs vårdkontakt som ”kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs”. Vårdtillfälle beskrivs på samma ställe som ”vårdkontakt i sluten vård”.

Vårdkontakt är alltså ett vidare begrepp där ett vårdtillfälle kan vara ett exempel på en vårdkontakt. Andra exempel på vårdkontakter kan vara mottagningsbesök, hembesök och distanskontakt.[40]

I betänkandet används begreppen utifrån hur Socialstyrelsen definierat dem.

[37] Se t.ex. prop. 1992/93:43.
[38] Prop. 2016/17:43, s. 86 ff.
[39] https://termbank.socialstyrelsen.se/
[40] Se t.ex. Region Stockholm, HSN 2020-1419, s. 4.

Väntetider och tidsgränser

Som beskrivs ovan kommer utredningen att undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. De regler som är av intresse är reglerna om vårdgarantin, som är en försäkran om att den enskilde inom viss tid ska få olika vårdåtgärder. I 9 kap. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns sådana bestämmelser, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti, enligt 8 kap. 3 § HSL. Närmare bestämmelser finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid utredningen, diagnostiseringen eller behandlingen m.m. av patienten får ta. Vårdgarantin anger alltså inte hur snart en åtgärd ska ske. Däremot uttalar vårdgarantin att olika vårdåtgärder bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar.

Bestämmelserna om vårdgarantin gäller inte för den privatfinansierade vården. I de avtal som försäkringsbolagen tecknar med privata vårdgivare gäller ofta andra tidsgränser än vad som anges i regionernas avtal med de privata vårdgivarna.

Regeringen har uttalat att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer. Det är utredningens bedömning att samma sak gäller för de oreglerade tidsgränser som anges i t.ex. avtalen mellan den privata vårdgivaren och försäkringsbolagen. Varken den författningsreglerade vårdgarantin, eller de avtalsvillkor om tidsgränser som används i samband med försäkringsfinansierad vård, är således överordnade den etiska plattformens principer. Det är den med störst behov som ska ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

I betänkandet anges vilka väntetider respektive tidsgränser som avses, dvs. antingen utifrån den författningsreglerade vårdgarantin eller utifrån vad som regleras i avtalet mellan försäkringsbolaget och den privata vårdgivaren.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

I detta kapitel ges en översiktlig redogörelse för lagstiftning och andra regler som särskilt berör de frågeställningar som utredningen har att ta ställning till.

Framställningen i detta kapitel följer olika ämnesområden. Kapitlet börjar med ett område som rör hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning. Därefter följer ett område som tar upp regionernas befogenheter, ansvar och skyldigheter, inklusive upphandlingsfrågor och regler om bisysslor. Därefter följer ett område kopplat till olika skydd- och rättighetslagstiftningar. Nästa område kopplar till lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess. Slutligen finns ett skatterättsligt område.

Det finns över 250 författningar som innehåller bestämmelser som reglerar olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och innehåller bl.a. bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn.

Bestämmelser om kommunal självstyrelse inklusive frågor om överlämnande av kommunala angelägenheter till andra utförare finns i regeringsformen, kommunallagen (2017:725) och hälso- och sjukvårdslagen. Även andra delar av kommunallagen och lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter är av relevans för de frågor utredningen har att hantera.

Av relevans för utredningen är också bestämmelser som styr upphandlingen av sjukvård och ersättningen till dem som utför vården. Sådana bestämmelser finns bl.a. i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Andra bestämmelser som har relevans för utredningen är rätten till näringsfrihet och egendomsskydd, skattemässig hantering av privata sjukvårdsförsäkringar samt bisysslor.

Slutligen är bestämmelser om hälsoregister relevanta för utredningen. Sådana bestämmelser återfinns i lagen (1998:543) om hälsodataregister med flera författningar.

Hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning

3.2 Regeringsformen

I 1 kap. 2 § regeringsformen anges att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Vidare anges att särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Bestämmelsen, som trädde i kraft år 1977, uttrycker en målsättning för staten, till skillnad från de fri- och rättigheter som regleras som bindande rättsregler i 2 kap. regeringsformen. Målsättningsbestämmelsen uttrycker en politisk strävan och inte en utkrävbar rätt till viss vård av en särskild standard som svarar mot ett definierat behov för individen. Det har dock ansetts väsentligt att i grundlag ge uttryck för viktiga värden i form av sociala rättigheter som får stor betydelse för den enskildes välfärd och som också utgör en grundläggande förutsättning för demokrati.[1]

3.3 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3.3.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).[2] Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen var att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i

[1] Prop. 1975/76:209, s. 128, prop. 2009/10:80, s. 246 och SOU 1975:75, s. 93 och 183 f.
[2] Införd genom prop. 1981/82:97.

enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.[3] Lagen innehåller bl.a. definitioner och mål för hälso- och sjukvården.

Lagen är uppbyggd utifrån kapitelindelade avdelningar där bestämmelser av liknande karaktär samlas. Avdelningarna baseras på de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar, dvs. regioner och kommuner som huvudmän. Strukturen tydliggör regionens och kommunernas tudelade ansvar som både huvudmän och vårdgivare. Lagen består av fem avdelningar: avdelning I innehåller inledande bestämmelser (1–2 kap.), avdelning II innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård (3–6 kap.), avdelning III innehåller bestämmelser om regionens ansvar som huvudman (7–10 kap.), avdelning IV innehåller bestämmelser om kommunens ansvar som huvudman (11–13 kap.) och avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (14–18 kap.).

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § HSL hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL), varav primärvården är en del.

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).[4] Sedan den 1 juli 2021 finns även en bestämmelse i 13 a kap. 1 § HSL[5] om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag, nämligen att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

– tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
– se till att vården är lätt tillgänglig,

[3] Prop. 2016/17:43, s. 1.
[4] Definitionen fick en delvis ny lydelse som trädde i kraft den 1 juli 2021 genom prop. 2019/20:164.
[5] För förarbetsuttalanden, se prop. 2019/20:164, s. 73 ff.

– tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
– samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
– möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

3.3.2 Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård

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. Målen infördes i den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det saknades tidigare några samlade övergripande mål för hälso- och sjukvården. Då fanns bara olika mål som uttalades av olika instanser och som formulerades på olika sätt. Enligt regeringen hade värdet av ett samlat mål även ökat då Sverige gått från ett gynnsamt ekonomiskt läge där olika disparata mål ändå hade kunnat tillgodoses till ett kärvare ekonomiskt läge som förväntades bestå under en lång tid. Målen infördes för att, enligt regeringen, ”lägga fast mer översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården”. Vidare angavs att målen bör ange ”önskvärda framtida tillstånd” och inte bör ”ange egenskaper eller krav på organisatoriska eller andra förändringar”.[6]

Regeringen uttalade i propositionen till den ursprungliga HSL att en första del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma ett tillstånd där hela befolkningen har en god hälsa.[7]

Vad som avses med god hälsa sågs, enligt regeringen, som svårt att klart definiera, vilket till stor del berodde på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med den enskilda människan och att dess betydelse därför kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet angavs vara den varierande och föränderliga synen på vad som är friskt och sjukt. Vidare angavs att innebörden av begreppet hälsa i hög grad påverkas av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden samt att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika sociala grupper och åldersgrupper. Regeringen hänvisade även till WHO:s definition av hälsobegreppet som angav att

[6] Prop. 1981/82:97, s. 26.
[7] Prop. 1981/82:97, s. 27.

”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet”.[8]

Att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt motiven i samma proposition att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster.[9] Regeringen uttalade vidare att möjligheterna att få vård inte får påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, betalningsförmåga, utbildning, nationalitet, språk, religion, kulturella olikheter och andra liknande förhållanden.[10]

I 3 kap. 1 § HSL andra stycket lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården.[11] Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa HSL:s grundtema och mål: en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och på administrativ nivå samt i den kliniska vardagen inom vården. 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-solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdes- och behovs-solidaritetsprinciperna ligger till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffekti-

[8] Prop. 1981/82:97, s. 112 f.
[9] Prop. 1981/82:97, s. 27.
[10] Prop. 1981/82:97, s. 27 och 114.
[11] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

vitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna.[12] Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

I förarbetena ges exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bl.a. att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet. Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt 5 kap. 1 § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

All hälso- och sjukvård ska enligt 5 kap. 2 § HSL ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

I HSL finns också bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL).

3.3.3 Regionens ansvar som huvudman

Med huvudman avses enligt 2 kap. 2 § HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

[12] Prop. 1996/97:60, s. 21.

Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § HSL statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Huvudsakligen är det regionerna som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i regionen och till vissa andra (8 kap. HSL). Kommunerna har enligt 12 kap. 1 § HSL ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och för dem som vistas i viss dagverksamhet enligt samma lag. Kommunerna har också, under förutsättning att kommunen kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen.

I 7 kap. 2 § HSL, i avdelningen som rör regionens ansvar som huvudman, anges att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvården samt att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Av förarbetena till bestämmelsen framgår följande.

> Landstingskommunen får alltså planera verksamheten på det sätt som den finner mest ändamålsenligt. Dock måste planeringen alltid vara så utformad att kraven på hälso- och sjukvården uppfylls och att verksamheten strävar mot det övergripande målet i 2 §.[13]

> Landstingskommunens planeringsansvar omfattar inte endast den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska alltså vid planeringen av den egna verksamheten ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för, t.ex. privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.[14]

3.3.4 Avtal med annan om överlämnande av uppgifter

Det finns bara en bestämmelse i HSL som uttryckligen reglerar vad som gäller när regionen överlämnar uppgiften att utföra vård åt någon annan, exempelvis en privat vårdgivare. Bestämmelsen finns i 15 kap. 1 § HSL och anger att regionerna och kommunerna med bibehållet huvudmannaskap kan sluta avtal med någon annan om att utföra vården, såvida den inte innefattar myndighetsutövning. Av

[13] Prop. 1981/82:97, s. 122.
[14] Prop. 1981/82:97, s. 122 f.

bestämmelsen följer också att de särskilda villkor som gäller för överlämnandet ska framgå av avtalet.

Att huvudmannaskapet behålls innebär att regionerna och kommunerna har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten och att de därmed också bl.a. är skyldiga att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som finns för verksamheten.[15]

Bestämmelsen införs år 1993

Den ursprungliga bestämmelsen infördes år 1993 i 3 § andra stycket i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).[16] Bestämmelsens lydelse var då:

> Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Därefter har vissa tillägg och justeringar gjorts i bestämmelsen.

I propositionen till bestämmelsen, prop. 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*, lämnades förslag som syftade till att öka inslagen av konkurrens i den kommunala verksamheten. Propositionen föregicks av en parlamentarisk kommitté, Lokaldemokratikommittén, som bl.a. hade till uppgift att utarbeta förslag inriktade på att underlätta införandet av alternativa produktions- och driftsformer i den kommunala verksamheten.[17]

I propositionen till bestämmelsen användes begreppet ”entreprenad”, vilket avser sådan verksamhet som utförs av annan producent än kommunens eller regionens egna organ.[18] Regeringen konstaterade att konkurrens är ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet inom den kommunala sektorn men att de rättsliga förutsättningarna för entreprenader i specialreglerad kommunal verksamhet i vissa fall är oklara. Regeringen föreslog därför en särskild reglering i frågan. Regeringen uttalade följande.

> Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget (3 §). Även

[15] Se t.ex. prop. 2016/17:43, s. 146.
[16] Prop. 1992/93:43.
[17] Dir. 1992:12.
[18] Prop. 1992/93:43, s. 3.

om det i förarbetena till den aktuella bestämmelsen klart har uttalats att den inte innebär att landstinget självt måste bedriva verksamheten (prop. 1981/82:97 s. 33) råder osäkerhet huruvida landstinget kan träffa avtal med någon annan om driften.[19]

[Det bör] införas ett tillägg som klargör att landstinget respektive kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra de lagreglerade uppgifterna. Även här bör anges att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte får lämnas över till ett privaträttsligt organ.[20]

Regeringen uttalade vidare följande.

Det har också i bl.a. förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen uttalats att landstingens huvudmannaansvar för hälso- och sjukvård i och för sig inte innebär en skyldighet för regionen att själva bedriva denna verksamhet (prop. 1981/82:97 s. 33). I likhet med kommittén anser regeringen därför att huvuddelen av den nuvarande sjukvården bör kunna läggas ut på entreprenad.[21]

Det har förekommit att driften av en vårdcentral har överlämnats till ett privat bolag. Frågan om tillåtligheten av detta har såvitt känt inte prövats av domstol. Under förutsättning av att landstinget genom sin nämnd kan styra verksamhetens inriktning och att kraven på landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls bör det inte föreligga några hinder mot denna form av entreprenad. Dessa frågor och frågor om äganderätten till patientjournaler m.m. får regleras i avtalet med entreprenören.[22]

Någon principiell skillnad mellan att överlämna driften av en vårdcentral och t.ex. ett sjukhus föreligger inte. Det finns privata sjukhus med vilka regionen tecknar avtal om vård för ett visst antal patienter eller en enskild patient. Lagligheten av sådana avtal kan knappast ifrågasättas.[23]

Huvudmannaansvaret för de akuta sjuktransporterna har sedan lång tid tillbaka inte ansetts medföra en skyldighet för landstingen att genom egna organ utföra transporterna. Om transporterna läggs ut på entreprenad, vilket i stor utsträckning är fallet, har landstinget dock en skyldighet att övervaka att transportorganisationen inte brister i ett eller annat hänseende.[24]

[19] Prop. 1992/93:43, s. 8.
[20] Prop. 1992/93:43, s. 8 f.
[21] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[22] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[23] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[24] Prop. 1992/93:43, s. 23.

Bestämmelsen kompletteras år 2005 med tillägget om att avtalet ska innehålla särskilda villkor

Genom en lagändring år 2005 infördes skrivningen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”.[25] Av förarbetena framgår följande.

> I propositionen 1993/94:188, Lokal demokrati, uttalade regeringen att det är kommunen eller landstinget och inte primärt entreprenören som inför kommunmedlemmarna svarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som de som bedrivs av kommunen eller landstinget och att man därför avtalsvägen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning. Efter vad som framkommit vid studiet av ett antal entreprenadavtal verkar enligt departementspromemorian detta hittills ha fått föga genomslag inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser därför att reglerna i hälso- och sjukvårdslagen om överlämnade av uppgifter som landstinget respektive kommunen ansvarar för bör kompletteras med en föreskrift om att det i avtalen ska anges de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen behandlar entreprenadavtalens innehåll i nämnda avseenden i allmänna råd.[26]

Bestämmelsen justeras år 2015 rörande begreppet juridisk person

Genom en lagändring år 2015 ersattes skrivningarna om bolag, förening, samfällighet, stiftelse och enskild individ med begreppet ”juridisk person”.[27] Ändringen utgjorde en anpassning till lydelsen i regeringsformen samt motsvarande bestämmelser i kommunallagen (1991:900), tandvårdslagen (1985:125) och socialtjänstlagen (2001:453).

Komplettering år 2017 kring bibehållet huvudmannaskap

Nuvarande bestämmelse i 15 kap. 1 § HSL motsvarar, för regionernas del, tidigare bestämmelse i 3 § tredje stycket tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med den skillnaden att ”med bibehållet huvudmannaskap” har lagts till i första meningen. Av förarbetena

[25] Prop. 2004/05:89.
[26] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[27] Prop. 2013/14:118, s. 99.

framgår att tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att regionens eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren.[28] Regeringen uttalade följande. ”Landstinget eller kommunen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.”[29]

Av förarbetena framgår även följande.

> Av HSL framgår att landsting och kommuner får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket respektive 18 § femte stycket HSL). Då uppgifter på det sättet överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Landstinget eller kommunen har emellertid även fortsatt ett ansvar som huvudman för de uppgifter som överlämnats. Utredningen, som låg till grund för propositionen, har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal. Remissinstanserna ger stöd till att huvudmannaskapet förtydligas.[30]

Begränsningar av regionernas möjligheter att överlämna vård

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har begränsat regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvård till privata vårdgivare. Särskilda bestämmelser fanns dels under år 2001–2002 (i form av särskild lagstiftning), dels under år 2006–2007 (i form av bestämmelser i HSL). Innebörden av de nu upphävda bestämmelserna beskrivs på flera ställen i detta betänkande, se vidare i kapitel 4.2.

3.3.5 Regionerna och vårdgarantin

Regionerna ska enligt 9 kap. 1 § HSL erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården,

[28] Prop. 2016/17:43, s. 146.
[29] Prop. 2016/17:43, s. 146.
[30] Prop. 2016/17:43, s. 115.

en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård. Om vårdgarantin inte uppfylls, såvitt avser besök till den specialiserade vården och planerad vård, ska regionen enligt 9 kap. 2 § HSL se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

De tider som gäller för vårdgarantin regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Där framgår att kontakt med primärvården ska fås samma dag som den enskilda söker sådan kontakt, enligt den s.k. tillgänglighetsgarantin. Medicinsk bedömning inom primärvården ska ske inom tre dagar från att den enskilda har sökt kontakt, om vårdgivaren bedömt att den enskilda behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilda först söker kontakt. Denna del av vårdgarantin kallas för bedömningsgaranti inom primärvården.

Vad gäller besöksgarantin inom den specialiserade vården ska den enskilda få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar, räknat från det att remiss utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilda har sökt kontakt med den specialiserade vården. Även vad gäller behandlingsgarantin ska den planerade vården ges inom 90 dagar, detta räknat från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilda ska få den aktuella vården.

I 6 kap. 2 § HSF anges vissa begränsningar kring vilken tid som räknas vid bedömningen av om vårdgarantin enligt punkt 3 eller 4, dvs. om besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, är uppfylld. Det anges också när en enskild ska anses frivilligt avstå från vård.

Regionerna ska, enligt 9 kap. 3 § HSL, rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Av 6 kap. 3 § HSF följer att detta ska göras genom att regionerna lämnar uppgifter till den nationella databas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

3.4 Patientlagen (2014:821)

Patientlagen (2014:821) innehåller vissa bestämmelser som överensstämmer med bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och vissa som kompletterar HSL.

I 1 kap. 6 § patientlagen anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 1 kap. 7 § patientlagen att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I patientlagens andra kapitel finns bestämmelser om tillgänglighet. I 2 kap. 1 § anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 2 kap. 2 § anges att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare finns i 2 kap. 3–4 §§ bestämmelser om vårdgarantin. Av dessa framgår att om vårdgarantin vad avser besök till den specialiserade vården och planerad vård inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Det finns också bestämmelser om rätten till information (3 kap.), självbestämmande och samtycke (4 kap.) samt delaktighet (5 kap.).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § patientlagen).

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § patientlagen). Av förarbetena framgår följande.

> Patienten ska således ges möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården, såsom t.ex. dagkirurgi. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL (*nuvarande 2 kap. 7 § HSL, utredningens anmärkning*) under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning. Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.[31]

[31] Prop. 2013/14:106, s. 125.

3.5 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Vidare finns bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) samt straffbestämmelser och överklagande. Lagen innehåller även ett antal olika definitioner.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med vårdgivare avses enligt 1 kap. 3 § statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 §:

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

> Av första stycket framgår att en vårdskada kan bestå av en fysisk eller psykisk sjukdom eller skada eller ett dödsfall, men även att ett lidande kan anses som en vårdskada. Att ett sjukdomstillstånd inte uppmärksammas vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården leder kanske inte till att patienten drabbas av en ny skada eller sjukdom utan snarare till ett förlängt fysiskt eller psykiskt lidande till följd av att inte få vård i rätt tid. Det ska dock vara fråga om ett icke alltför bagatellartat tillstånd för att lidandet ska anses som en vårdskada i lagens mening.[32]

> För att en vårdskada ska föreligga krävs att det varit något slags kontakt, fysisk sådan eller via telefon, mellan en patient och någon form av hälso- och sjukvårdsverksamhet. […] Vidare krävs att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet skulle ha kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakten med hälso- och sjukvården.[33]

> Någon utredning eller behandling behöver inte ha påbörjats för att en vårdskada ska anses ha inträffat. Tvärtom kan, såsom nämnts, en vårdskada uppstå av den anledningen att en adekvat åtgärd inte vidtas. Det krävs inte heller oaktsamhet eller uppsåt från hälso- och sjukvårdspersonalens sida för att en vårdskada ska anses föreligga.[34]

Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § skydd mot vårdskada. Regeringen har i förarbetena till bestämmelsen uttalat följande.

> Med patientsäkerhet ska förstås ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår förhindra att patienter skadas i och av vården i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar åtgärder när sådana är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. En hög patientsäkerhet innebär att sannolikheten för att en patient ska drabbas av en vårdskada är liten, medan låg eller dålig patientsäkerhet innebär motsatsen, dvs. sannolikheten för att en vårdskada ska inträffa är större. Patientsäkerhet kan ses som en fun-

[32] Prop. 2009/10:210, s. 190.
[33] Prop. 2009/10:210, s. 190.
[34] Prop. 2009/10:210, s. 191.

damental kvalitetsdimension i vården men begreppet i sig säger ingenting om nivån på säkerheten, vad som bör eller måste göras för att uppnå en hög patientsäkerhet, hur det ska göras eller vilka eller vem som ska göra det.[35]

Vidare innehåller patientsäkerhetslagen bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren, men även för personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om legitimation m.m.

3.5.1 Vårdgivarens ansvar vid vårdskada

Enligt 3 kap. PSL är vårdgivare skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 2 § vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 3 § utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 4 § ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vidare har vårdgivare en anmälningsskyldighet för vårdskador till IVO (3 kap. 5–6 §§) och en skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador (3 kap. 8–8 e §§).

[35] Prop. 2009/10:210, s. 191.

3.5.2 IVO:s tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, socialtjänstlagen (2001:453) och LSS. Vidare finns det mer detaljerade bestämmelser gällande IVO:s tillsyn i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Syftet med IVO:s tillsyn är enligt 2 § förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar ska särskilt belysas.

Av samma bestämmelse framgår vidare att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.

IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvården och dess personal enligt 7 kap. 1 § PSL. Tillsynen innebär en granskning av att krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter uppfylls. Tillsynsansvaret är oberoende av huvudmannaskap och omfattar såväl privata som offentliga huvudmän. Det enda undantaget till IVO:s tillsynsansvar är över den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk.

Tillsynen ska enligt 7 kap. 3 § PSL främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap., dvs. bl.a. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls.

IVO ska enligt 7 kap. 4 § PSL, inom ramen för sin tillsyn, lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden

avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten.

För att kunna utöva tillsyn har IVO ett flertal verktyg till sitt förfogande. Enligt 7 kap. 20 § PSL är den verksamhet som står under IVO:s tillsyn skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. IVO får även förelägga den som bedriver verksamheten att lämna ut vad som begärs. Ett sådant föreläggande får förenas med vite. Enligt 7 kap. 21 § PSL har IVO rätt att inspektera verksamheter som står under IVO:s tillsyn.

Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs.

Om en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap., dvs. att bl.a. planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls, och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten har IVO skarpare verktyg att ta till. IVO ska då enligt 7 kap. 24 § PSL, om det inte är uppenbart obehövligt, förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter. Ett sådant föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som är nödvändiga för att de påtalade missförhållandena ska kunna avhjälpas och när åtgärderna ska vara utförda. Om missförhållandena utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag får IVO besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten.

IVO har i en förstudie[36] konstaterat att myndigheten har ett tillsynsansvar även över målbestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

[36] IVO förstudie (2020).

Lagstiftning som särskilt berör regionerna

3.6 Kommunalrätt

3.6.1 Regeringsformen

Av 8 kap. 2 § regeringsformen (RF) framgår att grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden meddelas genom lag. Enligt regeringsformens terminologi innefattar kommun även regioner, jfr 1 kap. 7 § RF.

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag (14 kap. 2 § RF). Av 14 kap. 4 § följer att kommunerna får ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter.

I 12 kap. 4 § RF finns grundlagsstöd för att kommuner och regioner kan lämna över verksamhet till privata utförare. Av den bestämmelsen framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till kommuner samt till andra juridiska personer och enskilda individer.

3.6.2 Grundläggande kommunalrättsliga principer

Vad kommuner och regioner får göra är begränsat i lagstiftning. I 1 kap. 2 § kommunallagen (2017:725), KL, anges följande. ”Kommuner och regioner sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i denna lag eller annan författning.” Bestämmelserna i KL om kommuner avser även regioner, jfr 1 kap. 7 § regeringsformen.

I 2 kap. KL regleras de kommunala angelägenheterna. Bestämmelsen i 1 § handlar om allmänna befogenheter och den s.k. lokaliseringsprincipen. Där anges att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. I 2 § stadgas ett förbud mot att ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. I 3 § regleras likställighetsprincipen, som innebär

att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 5 § KL, ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. Av samma bestämmelse följer dock att för tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får avgifter endast tas ut om det följer av lag. Av 2 kap. 6 § KL följer också självkostnadsprincipen, som anger att kommuner och regioner inte får ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns bestämmelser om regionernas avgifter för hälso- och sjukvården.[37]

Det förekommer att patienterna helt eller delvis själva betalar regionen för viss vård. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen som reglerar detta.[38]

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 7 § KL, driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna. Det föreligger alltså ett förbud mot spekulativ verksamhet inom kommuner och regioner. Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 8 § KL, genomföra åtgärder för att allmänt främja näringslivet i kommunen eller regionen, men är som huvudregel förhindrade att lämna individuellt riktat stöd. Av bestämmelsens andra stycke framgår nämligen att stöd till enskilda näringsidkare får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för det.

I 12 kap. KL finns bestämmelser om revision. Revisorerna granskar årligen, i den omfattning som följer av god revisionssed, all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna

[37] Prop. 2016/17:43, s. 116 f.
[38] Smer 2014:1. Se även kapitel 8.2.3.

kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Revisorerna ska varje år till fullmäktige lämna en berättelse med redogörelse för resultatet av den revision som avser verksamheten under det föregående budgetåret. De förtroendevalda revisorerna har ansvar för både förvaltnings- och redovisningsrevision.[39]

3.6.3 Den kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen är en grundläggande del av det svenska statsskicket. Av 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen, RF, framgår att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. I förarbetena uttalade föredragande statsrådet följande.

> I vårt land präglas förhållandet mellan kommunerna och statsmakterna och därmed den kommunala självstyrelsen av en helhetssyn. Generellt sett gäller sålunda att staten och kommunerna samverkar på skilda områden och i olika former för att uppnå gemensamma samhälleliga mål. Utgår man från detta synsätt, är det varken lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun måste i stället i ganska vid omfattning kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen.[40]

> Vad jag hittills har framhållit talar visserligen för att man iakttar återhållsamhet när det gäller att i grundlag ange den kommunala självstyrelsen. Det hindrar enligt min mening emellertid inte att RF ger tydligt uttryck för vissa fundamentala drag i fråga om kommunernas ställning i styrelseskicket.[41]

> Genom lagstiftningen har […] kommunerna fått betydelsefulla åligganden. Dessa uppgifter ger många gånger stor handlingsfrihet åt kommunerna. Av grundläggande betydelse för kommunernas kompetens är emellertid att de utöver sina särskilda åligganden har en fri sektor inom vilken de kan ombesörja egna angelägenheter. Inom detta område finns alltså utrymme för en kommunal initiativrätt. Denna initiativrätt kan sägas bilda en kärna i den kommunala självbestämmanderätten som bör komma till klart uttryck i RF. Jag föreslår därför att det redan i RF:s inledande paragraf tas in en bestämmelse med innehåll att den svenska folkstyrelsen förverkligas förutom genom ett representativt och parla-

[39] Prop. 2016/17:171, s. 240.
[40] Prop. 1973:90, s. 190.
[41] Prop. 1973:90, s. 190.

> mentariskt statsskick också genom kommunal självstyrelse. Det senare uttrycket är visserligen obestämt, men det kan likväl anses belysande när det gäller att ge uttryck åt principen om en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för kommunerna.[42]

Den kommunala självstyrelsen preciseras sedan i bestämmelser i 14 kap. RF som tillkom år 2010.

Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund och att närmare bestämmelser om detta finns i lag. Det framgår också att på samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

> Det finns skäl att klargöra att principen om kommunal självstyrelse gäller för all kommunal verksamhet. Ett sådant tydliggörande innebär inte […] att utrymmet för kommunal självstyrelse utvidgas. Även i fortsättningen kommer det vara möjligt att föreskriva skyldigheter för kommuner och landsting i speciallagstiftning i de fall detta motiveras av vikten av att åstadkomma en reglering som ger likvärdig service för invånarna oberoende av var de är bosatta.[43]

Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. I propositionen där denna proportionalitetsprincip föreslogs uttalade regeringen bl.a. följande.

> Det är inte ovanligt att den kommunala självstyrelsen i lagstiftningsärenden ställs mot andra intressen och att det ibland uppstår en omfattande diskussion kring kommunernas krav på en lokal eller regional bestämmanderätt och nationella krav på en enhetlig reglering. Det är i sådana sammanhang viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden. En grundlagsbestämmelse, som innebär att det vid all lagstiftning som kan få betydelse för den kommunala självstyrelsen ska prövas om skälen för den tänkta regleringen motiverar det eventuella intrång i den kommunala självstyrelsen som regleringen innebär, skulle kunna fylla en viktig funktion till skydd för den kommunala självstyrelsen. En sådan reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintresse när begränsningar av självstyrelsen övervägs. En sådan ordning skulle också leda till att riksdagen får ett bättre underlag när det gäller att bedöma olika besluts följder för den kommunala självstyrelsen.[44]

[42] Prop. 1973:90, s. 190.
[43] Prop. 2009/10:80, s. 211.
[44] Prop. 2009/10:80, s. 212.

> En proportionalitetsprövning av detta slag bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om den kommunala självstyrelsen välja den reglering som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten. Det bör framhållas att detta givetvis förutsätter att det i lagstiftningsprocessen har gjorts noggranna analyser av den påverkan olika förslag har på den kommunala självstyrelsen.[45]

Vidare framhöll regeringen att proportionalitetsprincipens huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Det uttalades att det är ”av avgörande betydelse att den slutliga bedömningen av om proportionalitetskravet är tillgodosett görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget.”[46]

3.6.4 Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter

I 3 kap. 12 § kommunallagen (2017:725), KL, anges att kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Att regioner och kommuner har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår också av 10 kap. 1 § KL.

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår dessutom att en region och en kommun med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lagen, såvida de inte innefattar myndighetsutövning. En närmare redogörelse för denna bestämmelse återfinns i kapitel 3.3.4.

Av förarbetena till KL framgår följande:

> En grundläggande princip är att den verksamhet som lämnas över till privaträttsliga subjekt ska falla inom den kommunala kompetensen och att risken för kompetensöverskridanden vid verksamhetens utövande ska vara ringa. Samma kommunalrättsliga principer som styr den rent kommunala verksamheten styr också kommunerna och landstingens

[45] Prop. 2009/10:80, s. 212.
[46] Prop. 2009/10:80, s. 213.

> verksamhet genom privaträttsliga subjekt. De får därför inte heller anlita t.ex. ett bolag för åtgärder som de inte själva får vidta.[47]

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionen kontrollera och följa upp verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare. Detta regleras i 10 kap. 8 § KL. Regionen ska, enligt 10 kap. 9 § KL, genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (5 kap. 3 § KL).

3.6.5 Lagen om vissa kommunala befogenheter

Lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter innehåller bestämmelser som ger kommuner och regioner ökade befogenheter i förhållande till vad som gäller enligt kommunallagen (2017:725). Lagen innehåller kompetensutvidgande regler som möjliggör för kommuner och regioner att ägna sig åt uppgifter som de annars inte skulle ha rätt att göra.

Lagen anger olika områden där kommuner och/eller regioner ges ökad kompetens. Enligt 5 kap. 1 § får regioner och kommuner bl.a. tillhandahålla sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten för export, s.k. tjänsteexport. Lagen innebär att kommuner och regioner i vissa fall får lämna bistånd till andra länder och även exportera sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten. Lagen utgör i denna del ett undantag från lokaliseringsprincipen. Lagen innehåller vidare krav på att kommunal tjänsteexport ska ske på affärsmässiga grunder, vilket innebär ett undantag från självkostnadsprincipen.[48] Bestämmelserna om tjänsteexport och internationellt bistånd i 5 kap. 1–9 §§ motsvarar, tillsammans med 1 kap. 2 § och 3 §, innehållet i den numera upp-

[47] Prop. 2013/14:118, s. 25.
[48] Prop. 2008/09:21, s. 22.

hävda lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd.[49]

3.7 Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

3.7.1 Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

Som framgår ovan kan regioner sluta avtal med andra om att utföra uppgifter som ankommer på regionen, t.ex. att bedriva hälso- och sjukvård. När regionerna sluter avtal med privata utförare om att utföra uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, sker det med bibehållet huvudmannaskap för regionen (15 kap. 1 § HSL), men vården utförs av de privata vårdgivarna.[50]

I fråga om primärvården är det reglerat i 7 kap. 3 § HSL att regionen ska organisera denna inom ramen för ett vårdvalssystem. Det framgår också att lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ska tillämpas när regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem. Det står regionerna fritt att införa valfrihetssystem inom de övriga områden som omfattas av LOV, vilket enligt 1 kap. 1 § LOV, är ett mycket stort antal tjänster inom bl.a. hälsovård och socialtjänster.[51]

För det fall ett vårdvalssystem inte införts för ett visst område ska avtalstecknande i stället föregås av ett upphandlingsförfarande i enlighet med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

Valfriheten innebär fri etablering av utförare, att patienten kan välja, och välja ny, utförare, samt att ersättningen till utföraren följer patientens val. Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården kallas i regel för vårdval eller hälsoval. Regler om vårdval och valfrihet finns i ett flertal författningar.

Förfarandet är i grova drag likadant enligt LOU och LOV, med undantag för avtalsstadiet. Enligt LOU tecknas avtal med den (eller de) leverantör(er) som vinner en upphandling, medan det enligt LOV tecknas avtal med samtliga leverantörer som godkänns. Det är

[49] Förarbeten återfinns i prop. 1985/86:154, prop. 1993/94:189 och prop. 2000/01:42.
[50] För mer information om huvudmannaskapets innebörd se kapitel 6.
[51] I lagen anges att den gäller bl.a. tjänster som omfattas av CPV-kod 85000000-9 till 85323000-9 med tre undantag. Koderna avser en lång rad tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet samt inom socialvården. CPV är en förkortning för Common Procurement Vocabulary, ett klassificeringssystem i syfte att standardisera terminologin vid offentliga upphandlingar. Terminologin fastställs i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 och har ändrats genom Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008.

således upp till den enskilda patienten att välja leverantör (dvs. vårdgivare) i stället för den upphandlande myndigheten, regionen.

Följande avsnitt om principer och terminologi gäller både för LOU och LOV. De närmare förfarandena enligt de olika lagarna beskrivs i efterföljande avsnitt, där också fler skillnader mellan lagarna framgår.

3.7.2 Upphandlingsrättsliga begrepp och principer

I kapitel 2 redogörs för de begrepp som används i betänkandet. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används bl.a. begreppen region, patient, vårdgivare och utförare. I lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, används i stället begreppen upphandlande myndighet, enskild, leverantör och sökande, eftersom lagarna inte endast är tillämpliga på vårdområdet. Av samma anledning använder LOV begreppet valfrihetssystem, medan begreppet vårdvalssystem används i HSL. Dessa ord, valfrihetssystem och vårdvalssystem, används i detta betänkande synonymt.

LOU bygger på ett EU-direktiv, Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG. LOV bygger inte på något EU-direktiv, men innehåller ett antal bestämmelser som bygger på EU-rätten.

För såväl LOU som LOV gäller att upphandlande myndighet ska behandla leverantörer 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).

Principerna är allmänna EU-rättsliga principer som följer av Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF). Principerna behöver därför tolkas i ljuset av EU-rätten. Det finns rikhaltig praxis rörande principernas tolkning från såväl svenska domstolar som EU-domstolen. Principerna förklaras kortfattat nedan.

Likabehandling

Likabehandlingsprincipen innebär att alla leverantörer ska behandlas på samma sätt, och att särbehandling av någon särskild leverantör, positiv eller negativ, inte får ske. Principen innebär även att samtliga leverantörer ska ha samma förutsättningar för att lämna sitt mest konkurrenskraftiga anbud, t.ex. ska leverantörerna få samma information samtidigt.

Icke-diskriminering

Principen om icke-diskriminering innebär att det är förbjudet att diskriminera en utförare på grund av faktorer som nationalitet eller etableringsort. Detta förbud gäller inte enbart mot öppen diskriminering utan även alla former av dold diskriminering som, genom tillämpning av andra särskiljande kriterier, faktiskt leder till samma resultat.

Öppenhet

Principen om öppenhet (transparens) innebär att en upphandling ska genomföras på ett öppet sätt och ha sådan transparens att det av annons och förfrågningsunderlag på ett tydligt och klart sätt ska gå att utläsa vad som ska köpas, samtliga krav som ställts upp samt hur anbudsutvärderingen ska ske. Regionerna och kommunerna är således skyldiga att skapa öppenhet och lämna information om upphandlingen eller valfrihetssystemet och det praktiska tillvägagångssättet vid denna.

Ömsesidigt erkännande

Principen om ömsesidigt erkännande innebär att intyg och certifikat som har utfärdats av en medlemsstats behöriga myndigheter ska gälla också i övriga EU- och EES-länder.

Proportionalitet

Proportionalitetsprincipen innebär att kraven på utföraren eller leverantören och upphandlingsföremålet måste ha ett naturligt samband och stå i rimlig proportion till det som ska upphandlas. De krav som ställs ska dels vara lämpliga och effektiva för att uppnå syftet, dels ska de vara nödvändiga för att uppnå syftet – på så vis att det saknas mindre ingripande alternativ som också är lämpliga och effektiva. Om det finns flera alternativ för att uppnå samma mål ska det alternativ väljas som är minst belastande för utföraren. Dessutom ska det prövas om den negativa effekt som kravet får på den rättighet eller det intresse som inskränks är oproportionerligt eller överdrivet i förhållande till det eftersträvade syftet.

3.7.3 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen

Vad som utgör ett vårdvalssystem definieras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Av bestämmelsens första stycke framgår att en patient kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja fast läkarkontakt. Vidare framgår att regionen har skyldighet att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, kan göra sådana val, samt att regionen inte får begränsa den enskildas val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Regionen ska vidare, enligt bestämmelsens andra stycke, utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildas val av utförare.

Av tredje stycket framgår att när en region beslutat att införa ett vårdvalssystem, ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i förfarande enligt LOV som kan ingå i vårdvalssystemet. Regionen kan, som komplement till ett LOV-förfarande, teckna avtal med olika parter efter traditionell upphandling av driften av en verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

När det gäller konkurrensneutraliteten i LOV-respektive LOU-förfarande framgår följande av förarbetena.

> För att uppnå konkurrensneutralitet mellan den LOU-upphandlade driftentreprenaden och vårdgivare som godkänns enligt LOV kan landstinget i LOU-upphandlingen inte ange några volymgarantier. Vidare ska den ekonomiska ersättningen framgå av förfrågningsunderlaget. I situationer där exempelvis ett landsting vill konkurrensutsätta egenregiverksamhet i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarandet enligt LOV kan, som påpekats ovan, landstinget dock erbjuda bättre ekonomiska villkor till den LOU-upphandlade verksamheten än till en utförare som tecknat kontrakt efter att ha godkänts enligt LOV. Inom ett vårdvalssystem kan det förutom privata utförare, som tecknat kontrakt enligt LOV eller LOU, finnas vårdgivare inom landstingets egen regi. Samtliga dessa ska patienterna således kunna välja som utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.[52]

3.7.4 Valfrihetssystem enligt LOV

När en region bestämt sig för att inrätta ett vårdvalssystem ska ett förfarande enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, inledas. En upphandlande myndighet som beslutat att inrätta eller förändra ett valfrihetssystem, har enligt 3 kap. 1 § LOV skyldighet att annonsera ett s.k. förfrågningsunderlag som, tillsammans med annonsen, ska finnas tillgängligt på en nationell webbplats som har upprättats för detta ändamål. Sådan annonsering ska ske löpande (3 kap. 2 § LOV).

Enligt definitionen i 2 kap. 1 § LOV utgör förfrågningsunderlaget sådant underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.

Av 4 kap. LOV framgår vad förfrågningsunderlaget ska innehålla. Där anges att grunderna för den ekonomiska ersättningen till en leverantör (1 §) och inom vilken tid beslut om godkännande kommer att fattas (4 §) ska finnas med i förfrågningsunderlaget. Vidare ska det av förfrågningsunderlaget eller annonsen också framgå på vilket sätt ansökan ska ges in (4 kap. 3 §). Av 4 kap. 2 § framgår därutöver att den upphandlande myndigheten får ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras, och att samtliga villkor måste anges antingen i annonsen eller i förfrågningsunderlaget.

Några närmare bestämmelser om vilka krav som får ställas i förfrågningsunderlaget framgår inte direkt av lagstiftningen, utan får avgöras med tillämpning av de grundläggande principerna (1 kap. 2 §

[52] Prop. 2008/09:74, s. 52.

LOV). Kraven måste vara relevanta och proportionerliga i förhållande till de tjänster som valfrihetssystemet omfattar. De krav som ställs måste också kunna följas upp av myndigheterna.

Rätten att få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § LOV, där det framgår att såväl fysiska som juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra leverantörer, kan lämna in en ansökan. Upphandlande myndighet kan därmed inte ställa krav på en viss juridisk form för att få lämna en ansökan. Ett sådant krav kan dock ställas när leverantören väl blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt.

Enligt 5 kap. 2 § LOV får en sökande vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet i ansökan. Sökanden ska, genom att tillhandahålla ett åtagande från företagen i fråga eller på annat sätt, kunna visa att sökanden kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

I 7 kap. LOV anges grunderna för när en sökande kan uteslutas av den upphandlande myndigheten och således går miste om att delta i ett utannonserat valfrihetssystem.

Alla leverantörer som uppfyller kraven i annonsen och förfrågningsunderlaget och som inte uteslutits enligt 7 kap. 1 § LOV, ska godkännas enligt 8 kap. 1 §. Kontrakt ska därefter tecknas utan dröjsmål efter ett godkännande (8 kap. 3 §).

Regionerna tecknar därmed avtal med flera leverantörer, och det är upp till den enskilda patienten att välja vilken vårdgivare den vill vända sig till. För att patienten ska kunna göra ett informerat val finns det reglerat i 9 kap. 1 § LOV att den upphandlande myndigheten till enskilda ska lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vidare, enligt samma bestämmelse, vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig.

3.7.5 Upphandling enligt LOU

Enligt 1 kap. 1 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, är lagen tillämplig vid upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet (offentlig upphandling). Formkraven för hur en upphandling ska genomföras framgår av lagen. Där framgår bl.a. vilka typer av förfaranden som finns, när dessa får användas, regler

kring annonsering, vilka som får delta i upphandling och hur kontrakt tilldelas.

Som nämnts ovan finns det flera likheter mellan förfarandena enligt LOU och LOV. LOU bygger dock på EU-direktiv[53] och behöver därför alltid tolkas i ljuset av direktivtext och avgöranden från EU-domstolen. Vidare är ett upphandlingsförfarande enligt LOU mer detaljreglerat än ett förfarande enligt LOV.

När det gäller regelverket runt LOU finns olika förfaranden som kan tillämpas beroende på ett antal faktorer, och det finns även tröskelvärden att beakta som påverkar vilket förfarande som ska användas.

3.7.6 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Utöver lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, finns också två andra lagar som tillämpas av regionerna när det kommer till avtal med privata vårdgivare, nämligen lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Dessa brukar benämnas den s.k. nationella taxan.

Enligt lagarna lämnas ersättning till läkare respektive fysioterapeuter som har samverkansavtal med regionen (5 §). Samma bestämmelser anger dock också att regionen vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal ska tillämpa LOU eller LOV, om inte annat följer av 5 a–h §§, där ersättningsetablering behandlas. Ersättningen till läkarna respektive fysioterapeuterna är fastställd i särskilda förordningar, förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.

I både LOL och LOF finns bestämmelser om verksamhetsuppföljning m.m. I LOL anges att en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Läkaren ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp

[53] Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning. Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

I LOF anges att en fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök. Fysioterapeuten ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

I SOU 2020:19 föreslås att LOL och LOF ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

3.8 Bisysslor

Bestämmelser om offentliganställdas bisysslor finns i lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, anställningsförordningen (1994:373), högskolelagen (1992:1434), samt i andra författningar som gäller statsanställda. Bisysslor regleras också i kollektivavtal både för statsanställda och kommun- och regionanställda samt för anställda i vissa offentliga bolag.

En bisyssla kan för en arbetstagare vara tillåten eller otillåten. De otillåtna bisysslorna brukar delas in i tre kategorier:

- Förtroendeskadliga bisysslor
- Arbetshindrande bisysslor
- Konkurrensbisysslor

SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.[54] Flera regioner har därutöver tagit fram mer detaljerade regler för bisysslor till hjälp bl.a. vid bedömningen om en bisyssla

[54] Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

ska vara tillåten eller otillåten, t.ex. Region Stockholm[55] och Region Sörmland[56].

En och samma bisyssla kan falla under alla tre kategorierna, dvs. vara förtroendeskadlig, arbetshindrande och konkurrerande med arbetsgivaren på samma gång.[57]

I det följande beskrivs närmare de tre olika kategorierna av bisysslor.

3.8.1 Förtroendeskadliga bisysslor

Den typ av bisyssla som regleras i lag avser s.k. förtroendeskadliga bisysslor. Lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, gäller för arbetstagare hos riksdagen och dess myndigheter samt hos myndigheterna under regeringen. Enligt 2 § LOA gäller bestämmelserna om förtroendeskadliga bisysslor (7–7 c §§) även arbetstagare i kommun, region och kommunalförbund.

Enligt 7 § LOA får inte arbetstagare ha någon anställning eller något uppdrag eller utöva någon verksamhet som kan rubba förtroendet för hens eller någon annan arbetstagares opartiskhet i arbetet eller som kan skada myndighetens anseende.

7 § LOA har till syfte att upprätthålla allmänhetens förtroende för myndigheternas opartiskhet. Bestämmelsen skall tillgodose det allmänna intresset av saklighet och opartiskhet i utövandet av offentlig verksamhet. Bestämmelsen uttrycker en grundsats som får anses följa redan av den offentliga anställningens beskaffenhet.[58]

För att en bisyssla ska vara otillåten behöver det inte ha konstaterats att den anställde verkligen har varit partisk i något ärende eller att allmänhetens förtroende för myndigheten eller dess anställda faktiskt har minskat. Det räcker att det finns risk för att allmänheten sätter opartiskheten i fråga på grund av bisysslans existens.[59]

Arbetsgivaren ska enligt 7 a § LOA på lämpligt sätt informera arbetstagarna om vilka slags förhållanden som kan göra en bisyssla otillåten enligt 7 §.

[55] Region Stockholm, LS 2017-1339.
[56] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[57] Prop. 2000/01:147, s. 9.
[58] Prop. 2000/01:147, s. 10.
[59] SOU 2000:80, s. 172.

En arbetstagare ska enligt 7 b § LOA på arbetsgivarens begäran lämna de uppgifter som behövs för att arbetsgivaren ska kunna bedöma arbetstagarens bisysslor.

Vidare ska en arbetsgivare enligt 7 c § LOA besluta att en arbetstagare som har eller avser att åta sig en bisyssla som inte är förenlig med 7 § ska upphöra med eller inte åta sig bisysslan. Beslutet ska vara skriftligt och innehålla en motivering.

Exempel på förtroendeskadliga bisysslor i regionerna

- Om en medarbetare ägnar sig åt alternativa behandlingsmetoder som är vetenskapligt tveksamma, om det finns en risk att patienten och/eller allmänheten kan uppfatta det som att om regionen står bakom metoden.[60]
- Om bisysslan medför att medarbetaren har intressen i ett företag som anlitas av regionen och medarbetaren kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen i sin egenskap av medarbetare i regionen angående avtal om t.ex. upphandling eller inköp.[61]
- Uppdrag i bemanningsföretag om det innebär att man hyrs ut till sin egen region.[62]

3.8.2 Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal

I föregående avsnitt har den bisyssla som regleras i lag beskrivits. I kollektivavtal regleras ytterligare två typer av förbjudna bisysslor, de arbetshindrande bisysslorna och konkurrensbisysslorna.[63]

Exempel på arbetshindrande bisysslor i regionerna

Bisyssla ska bedömas som arbetshindrande om den innebär att arbetsgivaren inte kan planera sin verksamhet utan att ta hänsyn till medarbetares bisyssla.[64]

[60] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[61] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[62] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1 och Region Stockholm, LS 2017-1339.
[63] Se exempelvis Villkorsavtal-T.
[64] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

Region Stockholm väger in följande faktorer i bedömningen.

- Antalet timmar som ägnas åt bisysslan.
- Sysselsättningsgraden. En medarbetare som arbetar deltid kan i normalfallet tillåtas ägna flera timmar åt sin bisyssla än en heltidsarbetande medarbetare.
- Den faktiska arbetstid som utförs under en period (ATL-tid, dvs. ordinarie arbetstid, övertid och jourtid – dock inte beredskap).
- Kraven i medarbetarens arbetsuppgifter: Ju högre kraven är på en medarbetares arbetsuppgifter, desto mindre negativ inverkan av en bisyssla kan accepteras.[65]

Exempel på konkurrerande bisysslor i regionerna

- Uppdrag som innebär att medarbetare utför arbete hos annan vårdgivare som beställts eller finansierats av regionen och då uppdraget annars hade kunnat utföras av regionen är konkurrerande och inte tillåtlig.[66]
- Huvudregeln är att all anställning i bemanningsföretag ska ses som konkurrerande bisyssla. Vissa företag och organisationer bedriver både verksamhet som konkurrerar med regionen och verksamhet som inte konkurrerar med regionens verksamhet. Däremot är det tillåtet att arbeta inom den del som inte konkurrerar med regionens verksamhet, förutsatt att det går att göra en sådan skillnad. Vid en bedömning av om en medarbetares bisyssla är en konkurrerande bisyssla eller inte har det inte någon betydelse vilka arbetsuppgifter eller vilken befattning som medarbetaren har i sitt arbete inom regionen. Det är vilken typ av verksamhet som medarbetaren utför i sin bisyssla som är avgörande.[67]

[65] Region Stockholm, LS 2017-1339.
[66] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[67] Region Stockholm, LS 2017-1339.

Rättsfall

Det finns endast två domar från Arbetsdomstolen som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården. De redovisas i det följande.

AD 1999 nr 27

En regionanställd barnmorska arbetade bl.a. med ultraljudsundersökningar. Hon fick ett erbjudande att arbeta åt ett bolag med utförandet av ultraljudsundersökningar, cirka två timmar per vecka på kvällstid. Hon förbjöds av regionen att inneha bisysslan med hänvisning till kollektivavtalets konkurrensförbud. Tvisten gällde huruvida regionen haft rätt att förbjuda barnmorskan att inneha bisysslan.

Arbetsdomstolen konstaterade först att det har överlämnats åt arbetsgivaren att ensidigt bedöma om det föreligger en konkurrenssituation eller inte. Det hindrar inte att ett förbud mot en bisyssla kan anses som godtyckligt eller otillbörligt om t.ex. arbetsgivarens påstående om konkurrens framstår som helt obefogat. Arbetsdomstolen ansåg vidare att syftet med bestämmelsen i kollektivavtalet inte kan tolkas som att den endast är tillämplig för arbetstagare som styr över patienter från regionen till enskilda bolag i vilka de har ett ägarinflytande och kan göra en ekonomisk vinst. Arbetsdomstolen ansåg det heller inte som otillbörligt att regionen hade tillåtit vissa andra anställda att ha bisysslor där de ägnade sig åt samma verksamhet som i deras ordinarie anställning. Regionen hade således rätt att fatta beslut om att förbjuda bisysslan och ett sådant förbud var inte otillbörligt.

AD 2020 nr 9

Tvisten gällde att en läkares arbetsgivare vid tre tillfällen hade nekat läkaren att utföra sin bisyssla hos en privat vårdgivare. Anledningen till nekandet berodde inte på att bisysslan i sig sågs som konkurrerande eller förtroendeskadlig utan på grund av att läkaren var inne i en rehabiliteringsprocess grundat i läkarens astma och att arbetsgivaren ansåg att bisysslor i sig då kunde vara arbetshindrande. Arbetsdomstolen gick på arbetsgivarens linje avseende de två första tillfällena men inte vid det tredje tillfället då det inte fanns några

rehabiliteringsåtgärder planerade. Arbetsgivarens beslut kunde då ses som godtyckligt eftersom någon egentlig prövning av de faktiska omständigheterna vid beslutstillfället inte vidtagits.

Arbetsdomstolen uttalade följande om kollektivavtalsregleringen i AB 17.

> Enligt Arbetsdomstolens mening utgör bestämmelsen en s.k. arbetsgivarventil. Det innebär att det har överlämnats åt arbetsgivarens diskretionära prövning att tillämpa bestämmelsen inom ramen för dess tillämpningsområde. Arbetsgivarens fria prövningsrätt är inskränkt endast så till vida att den inte får utnyttjas på ett godtyckligt eller eljest otillbörligt sätt. Frågan om en arbetsgivare genom beslut i en skälighetsfråga har överskridit sin fria prövningsrätt kan underställas domstols prövning. Om så sker och domstolen därvid finner att arbetsgivaren har hållit sig inom ramen för sin prövningsrätt, kan domstolen inte gå in på frågan huruvida arbetsgivaren skäligen hade bort fatta ett annat beslut.

Lagstiftning som berör skydd och rättigheter

3.9 Rätten till egendomsskydd

Av 2 kap. 15 § regeringsformen, RF, framgår att vars och ens egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

Av samma bestämmelse framgår vidare att den som genom expropriation eller något annat sådant förfogande tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten. Ersättning ska också vara tillförsäkrad den för vilken det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad på sådant sätt att pågående markanvändning inom berörd del av fastigheten avsevärt försvåras eller att skada uppkommer som är betydande i förhållande till värdet på denna del av fastigheten. Ersättningen ska bestämmas enligt grunder som anges i lag.

Bestämmelsen inleds med att varje medborgares egendom är tryggad. Denna formulering har inte någon självständig rättslig betydelse utan anger endast det övergripande syftet med bestämmelsen så som det kommer till uttryck i dess fortsatta lydelse. Syftet är alltså inte att genom denna bestämmelse ge ett heltäckande skydd för all

egendom, utan att slå fast att hela vår rättsordning, liksom hittills, ska ge ett betryggande skydd för den enskildas egendom. Med uttrycket varje medborgare kan, liksom med paragrafens nuvarande lydelse, avses såväl fysiska som juridiska personer.[68]

Med uttrycket ”expropriation eller annat sådant förfogande” avses att en förmögenhetsrätt, dvs. äganderätt eller annan rätt med ett ekonomiskt värde (bl.a. nyttjanderätt, servitut eller vägrätt), tvångsvis överförs eller tas i anspråk.[69]

Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller ingrepp som innebär att egendom förstörs t.ex. på grund av risk för smitta. Inte heller skatt, böter, viten och exekutiva åtgärder omfattas av bestämmelsen. Som exempel på förfoganden som är likställda med expropriation har nämnts nationalisering och socialisering av egendom.[70]

Förutom att ge ett skydd mot att rättigheter tvångsvis överförs eller tas i anspråk omfattar grundlagsskyddet sådan lagstiftning som innebär begränsningar i innehavarens rätt att använda mark och byggnader. Med det avses allehanda inskränkningar i form av byggnadsförbud, användningsförbud, åtgärder enligt skogsvårdslagen (1979:429), strandsskyddsförordnande, beslut om naturreservat och andra beslut enligt miljöbalken m.m.[71]

Den enskildas egendom är inte ovillkorligt skyddad av det allmänna. Det finns situationer då angelägna allmänna intressen kan gå före. Det kan handla om samhällets behov av mark för bl.a. naturvårds- och miljöintressen, totalförsvarsändamål, bostadsbyggande, trafikleder och rekreation. För sådana särskilt angelägna ändamål måste som en sista utväg finnas möjlighet att tvångsvis ta i anspråk annans egendom eller begränsa ägarens möjligheter att fritt använda sin egendom. Det måste även vara möjligt att kunna vidta sådana åtgärder till förmån för enskild. Vad som är ett angeläget allmänt intresse måste till slut i viss mån bli föremål för en politisk värdering där hänsyn även måste tas vill vad som är godtagbart från rättssäkerhetssynpunkt i ett modernt och demokratiskt samhälle.[72]

[68] Prop. 1993/94:117, s. 48.
[69] SOU 2008:125, s. 429.
[70] SOU 2008:125, s. 429 f.
[71] Prop. 1993/94:117, s. 49.
[72] Prop. 1993/94:117, s. 48.

3.9.1 Europakonventionen

Bestämmelser om egendomsskydd finns även i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Europakonventionen innebär att de anslutna staterna åtar sig att garantera vissa fri- och rättigheter (artikel 1). Vilka rättigheter som avses framgår av en omfattande och relativt detaljerad katalog över fri- och rättigheter (artikel 2–18). Konventionen har vidare kompletterats med olika tilläggsprotokoll som innehåller materiella bestämmelser.[73]

Även i konventionen finns det bestämmelser om egendomsskydd. Artikel 1 i första tilläggsprotokollet stadgar 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. Bestämmelsen inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse eller för att säkerställa betalning av skatter eller andra pålagor eller av böter och viten.

I artikel 8 anges att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt att offentlig myndighet inte får inskränka åtnjutandet av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

3.9.2 EU:s rättighetsstadga

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU:s rättighetsstadga) behandlas medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter. Det främsta syftet med stadgan är att befästa och klargöra den skyldighet som EU redan hade att respektera grundläggande rättigheter. Det handlar t.ex. om tanke-, religions-, yttrande- och mötesfrihet, rätt till ett skyddat privatliv och barns rätt till skydd och omvårdnad. Stadgan är till stor del en sam-

[73] För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 163 ff.

manfattning av de rättigheter som redan finns inom EU genom fördragen och EU-domstolens praxis. Stadgan är indelad i sju avdelningar, där de sex första behandlar olika rättigheter och den sjunde avdelningen innehåller allmänna bestämmelser om tolkning och tillämpning av stadgan.[74]

I artikel 8 anges att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Personuppgifterna ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund.

3.10 Rätten till näringsfrihet

Av 2 kap. 17 § regeringsformen, RF, framgår att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen bl.a. följande.

> Genom stadgandet i första stycket slås skyddet för närings- och yrkesfriheten fast. Med att driva näring avses här enskilda som yrkesmässigt bedriver verksamhet av ekonomisk art. Avsikten med att bestämmelsen även avser dem som utövar yrke är att begreppen närings- och yrkesfrihet inte helt stämmer överens med varandra. Att båda begreppen förekommer i paragrafen kan inte gärna leda till oklarhet.[75]

Skyddet har utformats så att det tar sikte på ett särskilt moment i närings- och yrkesfriheten, nämligen den ekonomiska sidan av den s.k. likhetsprincipen. Principen kan kortfattat sägas innebära att alla regleringar på närings- och yrkesfrihetens område måste vara generella på så sätt att alla ska ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas upp för just det yrket eller den näringsgrenen. Under dessa förutsättningar ska bestämmelsen förhindra att någon enskild ekonomiskt ska få gynnas på någon annans bekostnad.[76]

Genom andra ledet i paragrafens första stycke slås fast att inskränkningar aldrig får införas i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Avsikten är att den ekonomiska sidan av

[74] För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 172.
[75] Prop. 1993/94:117, s. 50.
[76] Prop. 1993/94:117, s. 50.

likhetsprincipen ska vara överordnad den princip som läggs fast i det första ledet.[77] Regeringen uttalade vidare följande.

> En inskränkning som införs för att tillgodose ett angeläget allmänt intresse måste vara generell och får inte leda till att likhetsprincipen åsidosätts. Om en sådan inskränkning införs, kan inte uteslutas att detta kan komma att leda till att vissa näringsidkare gynnas. Att sådana gynnsamma ekonomiska konsekvenser aldrig får vara det egentliga syftet med inskränkningen har därför på det sätt kommittén föreslagit kommit till uttryck i paragrafen. Likhetsprincipen skall här förhindra att någon näringsidkare eller annan yrkesutövare gynnas på annans bekostnad. Motsatsvis följer att någon annan härvid också kan komma att missgynnas. Det skall såsom kommittén påpekat därmed i princip inte vara tillåtet att införa regler som innebär att nyetableringar inom viss näring eller visst yrke förhindras eftersom detta innebär ett skydd för dem som redan är etablerade, såvida det inte samtidigt finns något angeläget allmänt intresse av regleringen. Avsikten med den föreslagna lydelsen är emellertid inte att hindra ett offentligt monopol som drabbar alla presumtiva konkurrenter lika, under förutsättning att det införts för att skydda något angeläget allmänt intresse.[78]

3.11 Skydd för den personliga integriteten

Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen, RF).

Regeringsformens skydd för den personliga integriteten infördes genom 2010 års lagändringar. Genom att på grundlagsnivå stärka skyddet för den personliga integriteten, utan att detta skyddsintresse i första hand värderas utifrån intresset av att skydda den fria åsiktsbildningen, kommer enligt förarbetena vikten av respekt för individens rätt att själv förfoga över och ta ställning till det allmännas tillgång till sådan information som rör hans eller hennes privata förhållanden att betonas på ett tydligare sätt än vad som tidigare skett.[79]

Grundlagsskyddet är relativt. Det får alltså begränsas genom lag (2 kap. 20–22 §§ RF). Enligt förarbetena bör skyddet kunna förväntas öka förutsättningarna för att avvägningarna i fråga om integri-

[77] Prop. 1993/94:117, s. 51.
[78] Prop. 1993/94:117, s. 51 f.
[79] Prop. 2009/10:80, s. 176.

tetsintrång blir mer ingående belysta och att de presenteras på ett sådant sätt att kvaliteten i lagstiftningen höjs ytterligare.

Uttrycket ”enskilds personliga förhållanden” avses här ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång” ska både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärden innebär beaktas. Även åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse. De grundläggande fri- och rättigheterna omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildas privata sfär.[80]

3.12 EU:s dataskyddsförordning

Den 27 april 2016 antogs Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). I fortsättningen används förkortningen dataskyddsförordningen. Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Ett övergripande syfte med dataskyddsförordningen är att ytterligare harmonisera och effektivisera skyddet för personuppgifter för att förbättra den inre marknadens funktion och öka enskildas kontroll över sina personuppgifter.

Dataskyddsförordningen började tillämpas i medlemsstaterna den 25 maj 2018 och ersatte då den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU som fanns i Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Artikel 4 i dataskyddsförordningen innehåller en rad definitioner av olika begrepp, bl.a. begreppet personuppgift. Dataskyddsförordningen kräver att personuppgifter bara behandlas utifrån vissa

[80] Prop. 2009/10:80, s. 250.

grundläggande principer. Dessa principer finns i artikel 5 och gäller som ett ramverk vid all behandling av personuppgifter.

Behandling av personuppgifter är endast tillåten om den stöder sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen. Bestämmelsen räknar uttömmande upp de rättsliga grunder som finns för att det över huvud taget ska vara tillåtet att behandla personuppgifter.

- Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (led a).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra ett avtal i vilket den registrerade är part eller för att vidta åtgärder på begäran av den registrerade innan ett sådant avtal ingås (led b).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (led c).
- Behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (led d).
- Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (led e).
- Behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (led f).

Led f gäller inte för behandling som utförs av offentliga myndigheter när de fullgör sina uppgifter.

Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess

3.13 Regler kring hälsodataregister m.m.

Uppgifter om patienter och vård finns i ett antal olika register. Lagen (1998:543) om hälsodataregister och ett antal förordningar reglerar olika slag av s.k. hälsodataregister. Avsikten är att de frågor som är

gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen drar upp.[81]

I 1 § i lagen stipuleras det att central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Det är den centrala förvaltningsmyndigheten som utför behandlingen av personuppgifter som är personuppgiftsansvarig. Personuppgifter i ett hälsodataregister får enligt 3 § behandlas för:

- Framställning av statistik,
- uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
- forskning och epidemiologiska undersökningar.

Enligt 4 § får ett hälsodataregister endast innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifterna får behandlas enligt 3 §. Enligt 6 § ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de ändamål som anges i 3 §.

3.13.1 Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister.[82] Föreskrifter om registret finns i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

Personuppgifter får behandlas i registret för alla tre ändamål som stipuleras i 3 § hälsodataregisterlagen. Enligt 4 § förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen får behandlingen avse följande uppgifter:

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för

[81] Prop. 1997/98:108, s. 44.
[82] Förarbeten finns i prop. 1997/98:108 och prop. 2017/18:171.

åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och

2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Enligt 2 § SOSFS 2013:35 ska den som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden

1. har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården eller
2. har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

I bilagan till myndighetsföreskriften finns det specifikationer kring hur uppgifterna ska lämnas till Socialstyrelsen.

3.13.2 Vårdgivarregistret

Det finns även register som inte innehåller några uppgifter om enskilda patienter. Ett exempel på det är IVO:s vårdgivarregister som därmed inte kan klassas som ett hälsodataregister. Av 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över verksamheter som anmälts till inspektionen. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.

IVO är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i vårdgivarregistret. Enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) får registret innehålla följande uppgifter:

1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,
2. var verksamheten bedrivs,
3. verksamhetens inriktning,
4. verksamhetens omfattning,
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,
6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, och
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.

Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen.

3.13.3 Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister är register som systematiskt samlar data om olika patientgrupper. Det primära syftet med kvalitetsregistren är att de ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Bestämmelser om nationella och regionala kvalitetsregister finns i 7 kap. patientdatalagen (2008:355).

Av 7 kap. 2 § patientdatalagen framgår att personuppgifter inte får behandlas i ett kvalitetsregister om den enskilda motsätter sig det.

Personuppgifter i ett Nationellt Kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Vidare får personuppgifter som behandlas för det ändamålet också behandlas för framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården vilket framgår av 7 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen.

3.13.4 Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR

I 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om vårdgarantin, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, får besöka den specialiserade vården, och får planerad vård. Närmare bestämmelser om tidsperioder återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Av 9 kap. 3 § HSL följer att regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Närmare bestämmelser om regionernas rapporteringsskyldighet återfinns i HSF. Av förordningen framgår att regionernas rapporteringsskyldighet ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner (se 6 kap. 3 §). Det finns ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

3.13.5 Uppgifter hos SCB

Bestämmelser om den officiella statistiken, bl.a. att den officiella statistiken ska finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning samt om uppgiftsskyldighet finns i lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Till lagen finns kompletterande föreskrifter i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Där finns bestämmelser bl.a. om statliga myndigheters skyldighet att lämna statistiska uppgifter till respektive statistikansvariga myndigheter. Vilka de är framgår av 2 § förordningen om den officiella statistiken och bilagan till denna. I 15 § förordningen om den officiella statistiken finns bemyndigande för den statistikansvariga myndigheten att inom sitt verksamhetsområde meddela föreskrifter om verkställighet av bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i 7 och 8 §§ lagen om den officiella statistiken och 5–5 d §§ förordningen om den officiella statistiken.

Statistiska centralbyrån, SCB, har flera föreskrifter om uppgiftsskyldighet. I Statistiska centralbyråns föreskrifter (SCB-FS 2018:22) om uppgifter till statistik om alternativa utförare av kommunal och landstingskommunal verksamhet inom skola, vård och omsorg finns bestämmelser om att kommuner och regioner på begäran av SCB ska lämna uppgifter rörande alternativa utförare av verksamhet inom skola, vård och omsorg som är finansierade av kommunen eller regionen. Uppgifterna ska lämnas till SCB. Det finns även en rapporteringsskyldighet för regionernas vårdkostnader till Räkenskaperna i SCB-FS 2020:27. Det saknas skyldighet för privata vårdgivare att lämna uppgifter om den privatfinansierade vården till SCB.

3.14 Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

I detta avsnitt redovisas ett antal sekretessbestämmelser som av olika anledningar berör utredningen och de förslag som utredningen lämnar. Uppräkningen ska inte ses som en uttömmande lista av sekretessbestämmelser som rör respektive aktör.

3.14.1 IVO

IVO:s verksamhet som rör utredning och tillsyn enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är sekretessreglerad.[83]

I 30 kap. 23 § offentlighets- och sekretesslagen finns en bestämmelse till skydd för uppgifter som rör enskilda vilket här främst berör de verksamheter som finns registrerade i vårdgivarregistret. Sekretess gäller då

1. för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och
2. för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än som avses i 1 för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för myndighetens verksamhet.

[83] Se punkt 58 i bilagan till offentlighets- och sekretessförordning (2009:641).

3.14.2 Socialstyrelsen

Patientregistret hos Socialstyrelsen omfattas av regeln om statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen. Bestämmelsen stadgar som huvudregel en absolut sekretess men det finns undantag.

Uppgift som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgift som inte genom namn, annan identitetsbeteckning eller liknande förhållande är direkt hänförlig till den enskilde får lämnas ut, om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men (se tredje stycket samma bestämmelse).

3.14.3 Regionerna

I en upphandling finns det sekretessregler som ska skydda den upphandlande myndigheten och leverantören. I 19 kap. 3 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen stadgas att det råder absolut sekretess för uppgifter i en pågående upphandling. Av 19 kap. 3 § första stycket framgår att det råder sekretess för uppgifter i en upphandling, även efter det att den har avslutats, om det kan antas att det allmänna lider skada om uppgiften röjs.

I 31 kap. 16 § offentlighets- och sekretesslagen regleras skyddet för en enskild aktör som har trätt i affärsförbindelse med en myndighet. Sekretess gäller då för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.[84]

Hos regionerna finns det även sekretessbestämmelser som ska skydda uppgifter om enskilda individers hälsa. Bestämmelsen i 21 kap. 1 § gäller oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer. Bestämmelsen i 25 kap. 1 § gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

[84] I bestämmelsen räknas även upp de fall när bestämmelsen inte är tillämplig.

Lagstiftning som rör skatterätt

3.15 Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar

En arbetsgivare kan betala premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda, se mer därom i kapitel 5. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda uppkommer frågor om förmånsbeskattning. En privat sjukvårdsförsäkring som bekostas av arbetsgivaren räknas nämligen som en förmån. Den skatterättsliga huvudregeln är att löner, arvoden, kostnadsersättningar, pensioner, förmåner och andra inkomster som erhålls på grund av tjänst ska tas upp till beskattning enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229), IL. Till denna bestämmelse finns det flera undantag och fram till den 30 juni 2018 skulle förmån av hälso- och sjukvård inte tas upp till beskattning oavsett om den avsåg vård i Sverige som inte var offentligfinansierad eller vård utomlands. Privata sjukvårdsförsäkringar bekostade av arbetsgivaren skulle alltså tidigare inte förmånsbeskattas.

I förarbetena till förändringen av förmånsbeskattningen, prop. 2017/18:131 *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård*, anges att de förändrade reglerna tar sikte på att inte behandla privata sjukvårdsförsäkringar skatterättsligt annorlunda än andra förmåner. Regeringen utryckte det som att syftet med förändringen var att ”öka likformigheten i skattesystemet och skapa en ökad neutralitet mellan uppbärande av kontant lön och erhållande av förmån”.[85]

I dag gäller enligt 11 kap. 18 § IL att förmån av hälso- och sjukvård inte ska tas upp om förmånen avser vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands. Följande förmåner ska inte heller tas upp:

- läkemedel vid vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands,
- företagshälsovård, förebyggande behandling eller rehabilitering,
- vaccination som betingas av tjänsten, och

[85] Prop. 2017/18:131, s. 25.

- tandbehandling som har bedömts som nödvändig med hänsyn till tjänstens krav för Försvarsmaktens submarina eller flygande personal och för andra med i huvudsak liknande arbetsförhållanden.

Inkomster i annat än pengar ska värderas till marknadsvärdet om inte annat framgår av 61 kap. IL. Med marknadsvärdet avses det pris som den skattskyldige själv skulle ha fått betala på orten om personen köpt motsvarande vara eller tjänst, 61 kap. 2 § IL. Sjukvårdsförsäkringsförmån ska värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, 61 kap. 17 a § IL. Anledningen till det beskrivs på följande sätt i förarbetena.

> När det gäller förmån av sjukvårdsförsäkring bör dock, av förenklingsskäl, förmånen värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, dvs. normalt premien för försäkringen. Bakgrunden till detta är att premien för en sjukvårdsförsäkring varierar kraftigt beroende på åldern på den försäkrade, omfattningen av försäkringen och nivån på självrisken och att det sannolikt skulle innebära en inte obetydlig administrativ börda för såväl arbetsgivarna som Skatteverket att fastställa det pris den skattskyldige skulle ha fått betala på orten om hon eller han själv hade skaffat sig motsvarande försäkring.[86]

Regeringen framhöll bl.a. följande i förarbetena till de ändrade reglerna.

> Regeringen vill framhålla att förslaget inte innebär något förbud för företag att även fortsättningsvis teckna sjukvårdsförsäkringar för sin personal. Samtidigt kan noteras att den absoluta majoriteten av arbetstagarna inte har arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar. Till skillnad från remissinstanserna anser regeringen inte att sjukvårdsförsäkringar kan jämställas med andra hälsofrämjande åtgärder som får dras av såsom företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård, då en sjukvårdsförsäkring inte har samma nära koppling till arbetsplatsen som de övriga insatserna. Insatser i form av företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård kommer även fortsatt att vara skattefria för arbetstagarna eftersom det inte föreslås någon ändring av de reglerna.[87]

[86] Prop. 2017/18:131, s. 30 f.
[87] Prop. 2017/18:131, s. 25.

3.15.1 Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner

En arbetsgivare kan erbjuda olika skattefria förmåner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Arbetsgivaren har också ett ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) för företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering.[88] I det följande beskrivs de gränsdragningsfrågor som kan uppstå mellan vad som är skattepliktigt och inte vad gäller olika hälso- och sjukvårdsförmåner.

Företagshälsovård

Med företagshälsovård avses enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Skatteverket har bedömt att hälsoundersökningar som ingår som en del av ett arbetsmiljöarbete och som är anpassade till de arbetsmiljörisker som de anställda utsätts för i sitt arbete utgör företagshälsovård. När arbetsgivaren bekostar sådan undersökning är förmånen skattefri. Detsamma gäller övriga besök hos företagshälsovården som den anställda gör som ett led i arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Övriga hälsoundersökningar och annan hälso- och sjukvård som arbetsgivaren tillhandahåller sina anställda via företagshälsovården eller via en annan aktör men som inte är ett led i arbetet med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatsen är en skattepliktig förmån.[89]

Förebyggande behandling

Förebyggande behandling är åtgärder som syftar till att den anställde ska kunna fortsätta att förvärvsarbeta. Behandlingen ska avse anställda som har en förhöjd sjukdomsrisk. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda

[88] Prop. 1994/96:182, s. 28.
[89] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

till nedsättning av arbetsförmågan. Det kan också gälla funktionsträning, t.ex. hörselträning, talträning och rörelseträning i bassäng. I dessa fall har en sjukdom orsakat en bestående funktionsnedsättning. Den förebyggande behandlingen ska inte avse att bota sjukdomen utan att förbättra eller motverka en försämring av sjukdomen i syfte att förhindra att arbetsoförmåga uppstår eller ökar. Några exempel på vanliga utgifter för rehabiliteringsåtgärder som kan få dras av är utgifter för behandling hos sjukgymnast, vård av missbrukare på behandlingshem och ryggträning på rygginstitut.[90]

Även hälsokontroller med direkt koppling till arbetet omfattas av begreppet förebyggande behandling. Sådana exempel kan vara lungröntgen för anställda som vistas i rökiga arbetsmiljöer, hjärtundersökningar som görs på idrottsmän, och blodtrycksmätning av anställda som har en stressig arbetsmiljö. Hälsoundersökningar som utförs i syfte att kontrollera det allmänna hälsotillståndet hos de anställda är däremot en skattepliktig förmån.[91]

Rehabilitering

Arbetsgivaren har, inom ramen för sitt rehabiliteringsansvar, ansvar för att vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att anställningen ska bestå. Det innebär att arbetsgivaren som ett led i detta har ett ansvar för rehabiliteringsåtgärder utöver de åtgärder som sker i samarbete med Försäkringskassan eller ingår i en plan för återgång i arbete. Övriga rehabiliteringsåtgärder kan t.ex. vara behandling av missbruksproblem, ätstörningar eller att arbetsgivaren erbjuder den anställda att gå till en fysioterapeut som ett led i en konvalescens. Om arbetsgivaren tillhandahåller sådana rehabiliteringsåtgärder till den anställda är dessa skattefria för denne. Även krisstöd i situationer när en anställd drabbas av händelser eller situationer som är uppslitande eller traumatiska är skattefria för den anställda.[92]

[90] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[91] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[92] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

Medicinska kontroller

Medicinska kontroller är enligt Skatteverkets rättsliga ställningstagande medicinska åtgärder som arbetsgivaren tillhandahåller i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 och som är avsedda att vara till stöd i arbetsmiljöarbetet.[93] I en medicinsk kontroll kan ingå biologisk exponeringskontroll, läkarundersökning, hälsoundersökning och tjänstbarhetsbedömning. Oavsett om sådan kontroll sker inom företagshälsovården eller på en annan inrättning är den skattefri för den anställda.[94]

Hur beskattning ska ske när försäkringen innehåller både skattefria och skattepliktiga moment

Privata sjukvårdsförsäkringar kan, förutom ren hälso- och sjukvård, även innehålla förebyggande insatser och rehabiliteringsåtgärder. I förarbetena uttalades följande om denna typ av försäkringar.

> När det särskilt gäller frågan om förmån av sjukvårdsförsäkringar, vilken torde utgöra den klart dominerande delen av arbetsgivarnas utgifter för privat hälso- och sjukvård, avgörs förmånens omfattning med utgångspunkt i vad försäkringen omfattar. Vilka typer av försäkringsfall som sedan inträffar och vad eventuella faktiska utbetalningar därmed kommer att avse saknar helt betydelse. För en försäkring som inte bara omfattar hälso- och sjukvård utan också omfattar andra insatser som fortsatt är skattefria för den anställde ska förmånsvärderingen göras utifrån en proportionering av försäkringens beståndsdelar, inte utifrån bedömningar av varje enskild insats som eventuellt kommit i fråga under beskattningsåret. Om en försäkring t.ex. till hälften omfattar hälso- och sjukvård och till hälften omfattar insatser som är undantagna från beskattning är halva värdet en skattepliktig förmån även om samtliga insatser när försäkringen väl behöver tas i anspråk avser sådant som ligger inom ramen för hälso- och sjukvård.[95]

I detta sammanhang kan nämnas att Skatteverket den 10 juni 2019 har utfärdat ett ställningstagande om beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån. Enligt ställningstagandet kan den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga

[93] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111. Notera dock att Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 är upphävda, och ersatta med Arbetsmiljöverkets föreskrifter Medicinska kontroller i arbetslivet, AFS 2019:3. Någon uppdatering av Skatteverkets ställningstagande har dock inte skett.
[94] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[95] Prop. 2017/18:131, s. 28.

och skattefria insatser schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien. Procentsatsen har bedömts representera den genomsnittliga andel av försäkringsföretagens utbetalningar inom sjukvårdsförsäkringarna som avser insatser som är skattepliktiga. Om en försäkringsgivare eller arbetsgivare anser att den skattepliktiga delen av premien är lägre än 60 procent, ska den beräknade fördelningen dokumenteras och vid förfrågan kunna visas upp för Skatteverket.[96]

3.15.2 Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket

Arbetsgivaren är skyldig att till Skatteverket lämna uppgifter om utbetalda ersättningar och skatteavdrag på individnivå, dvs. per betalningsmottagare. Det sker huvudsakligen genom att uppgifterna redovisas i arbetsgivardeklarationerna eller i vissa fall genom att kontrolluppgift lämnas.

Av 15 kap. 2 § skatteförfarandelagen (2011:1244), SFL, framgår att kontrolluppgift ska lämnas om utgiven ersättning och förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst. Av 15 kap. 4 § SFL framgår att kontrolluppgiften ska lämnas av den som har gett ut ersättningen eller förmånen. I skatteförfarandeförordningen (2011:1261) regleras vad för uppgifter om förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst som ska lämnas till Skatteverket i form av en kontrolluppgift.

5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen stadgar att en kontrolluppgift ska innehålla uppgifter om bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde.

Av 15 kap. 8 § tredje punkten SFL framgår att kontrolluppgift inte är det primära sättet att lämna uppgifter till Skatteverket. Uppgiften ska inte lämnas som en kontrolluppgift om den i stället har lämnats i en arbetsgivardeklaration.

Bestämmelsen i 26 kap. 3 § andra stycket SFL reglerar vem som ska lämna en arbetsgivardeklaration. Av 26 kap. 19–19 f §§ framgår vad arbetsgivardeklarationen ska innehålla för uppgifter. Vad gäller

[96] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.

förmån preciseras det i 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen att en arbetsgivardeklaration ska innehålla uppgift om en viss betalningsmottagares bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde i arbetsgivardeklarationen.

Bilförmån särredovisas således i dag.[97] Det har tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst särredovisas till Skatteverket, t.ex. förmån av fri parkering. År 2004 infördes det en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklarationer och kontrolluppgifter med följande lydelse. ”Om förmån av fri parkering har getts ut, skall det anges i kontrolluppgiften”.[98]

Särredovisningen av förmånen fri parkering slutade att gälla 2019 genom en ändringsförordning till skatteförfarandeförordningen.[99]

[97] För bakgrund till särredovisningen, se prop. 1986/87:46, s. 10 ff. och prop. 1996/97:19, s. 70.
[98] SFS 2004:284.
[99] SFS 2017:390.

4 Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

4.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs översiktligt överväganden i bl.a. propositioner, betänkanden från statliga utredningar och myndighetsrapporter där det finns en koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har funnits två tillfälliga regleringar som berör frågor om betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. De senaste åren har det även lämnats flera förslag från statliga utredningar och myndigheter m.m. som är av intresse för utredningen. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar har nyligen analyserats i två myndighetsrapporter, nämligen i en regeringsrapport från Vård- och omsorgsanalys och i en förstudie från IVO. Dessa rapporter kommer att beskrivas mer utförligt än övrigt material. Även förslag som har lämnats i betänkanden från statliga utredningar men som ännu inte har tagits vidare och utgjort förslag i propositioner beskrivs. Andra förslag som beskrivs är förslag som har lämnats i propositioner till riksdagen men som har avslagits av riksdagen och därför inte lett till författningsändringar. Dessutom beskrivs en pågående statlig utrednings uppdrag och delbetänkande.

Beskrivningen i detta kapitel ska inte ses som uttömmande. Utredningen kommer i senare kapitel att hänvisa till ytterligare utredningar och annat underlag som har koppling till utredningens uppdrag. Utredningar m.m. som utgjort underlag till nu gällande bestämmelser beskrivs i kapitel 3 om gällande rätt.

Beskrivningarna sker i kronologisk ordning med de äldre först.

4.2 Tidigare regleringar och överväganden

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har koppling till frågor som rör betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den första regleringen avsåg lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan och gällde åren 2001–2002.[1] Lagen var tidsbegränsad. Regleringen innebar att regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning var inskränkt. Uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus fick inte, enligt regelverket, överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Den andra tillfälliga regleringen infördes den 1 januari 2006 i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och innebar att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan.[2] Överlämnade regionen driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att ”verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter”. I propositionen angavs att en entreprenör som driver ett sjukhus för regionens räkning inte fick, inom ramen för den överlåtna verksamheten, skaffa sig intäkter från patienter som hade en privat sjukvårdsförsäkring eller betalade vården med egna medel.[3] Bestämmelserna upphävdes den 1 juli 2007.[4]

Beredningsunderlaget till propositionen utgjordes dels av två betänkanden från utredningen om Vårdens ägarformer (S 2000:08); delbetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) samt slutbetänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23), dels av en kompletterande promemoria som utarbetades i Socialdepartementet (S2004/4905/HS). Lagförslagen i propositionen och promemorian skiljde sig i flera avseenden från lagförslagen i slutbetänkandet. I propositionen och promemorian lyftes frågan om förbud mot att driva verksamheten i syfte att ge vinst åt ägaren in i författningsförslaget. Betänkandets författningsförslag fokuserade

[1] Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6 och bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.
[2] Prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300.
[3] Prop. 2004/05:145, s. 55.
[4] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

mer på finansieringen av vård som överlämnats, och då särskilt på privata sjukvårdsförsäkringar och annan privatfinansiering.[5]

4.3 Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten

4.3.1 Välfärdsutredningen

Regeringen beslutade den 5 mars 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster. Utredningen antog namnet Välfärdsutredningen. Utredningen överlämnade i november 2016 delbetänkandet *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78). Den 9 maj 2017 överlämnades slutbetänkandet *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning* (SOU 2017:38).

Några av utredningens förslag, bl.a. kring tillståndsplikt och ändringar i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), ledde till lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019.[6] Regeringen lämnade i en annan proposition förslag som syftade till att säkerställa att offentliga medel inom socialtjänsten och skollagsreglerad verksamhet användes till den verksamhet som de var avsedda för.[7] Riksdagen avslog denna proposition.[8]

Välfärdsutredningen lämnade flera förslag som är intressanta för denna utredning, bl.a. rörande IVO:s tillsyn och tystnadsplikten mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Utredningen lämnade även ett förslag om tillståndsförfarande för privata aktörer inom hälso- och sjukvården som innebar att regioner endast skulle få ge ersättning enligt avtal till juridiska personer som har ett tillstånd att ta emot offentlig finansiering. Vidare föreslog utredningen att det inte skulle vara möjligt att bedriva annan typ av verksamhet än den som finansieras offentligt inom ramen för samma juridiska person. Dessa förslag har inte genomförts.

[5] SOU 2003:23.
[6] Prop. 2017/18:158.
[7] Prop. 2017/18:159.
[8] Bet. 2017/18:FiU44.

4.3.2 Utredningen om ökad insyn i välfärden

Regeringen beslutade den 3 september 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utarbeta ett förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning m.m., till den del de erbjuds av privata anordnare.[9] Utredningen antog namnet Utredningen om ökad insyn i välfärden. I oktober 2016 lämnade utredningen betänkandet *Ökad insyn i välfärden* (SOU 2016:62), med förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i bl.a. privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för beredning i Regeringskansliet.

4.3.3 Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* (prop. 2016/17:166) till riksdagen, med förslag till ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelsen lydde: ”Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts”. I propositionen föreslogs även att regionens avtal skulle innehålla villkor om detta krav. De principer som åsyftades var att vården skulle ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skulle ges företräde till vården, dvs. 3 kap. 1 § HSL. Förslagen syftade till att förtydliga att inom offentligfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet skulle hälso- och sjukvård få ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosattes.

Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.[10]

[9] Dir. 2015:92.
[10] Ds 2016:29.

Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 1 augusti 2017. Riksdagen avslog propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det fanns något behov av lagändringen.[11]

4.3.4 Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Driftsformer för universitetssjukhus* (prop. 2016/17:167) till riksdagen, med förslag om att regionerna inte skulle få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Regeringen skulle även ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 2 augusti 2017. Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.[12] Riksdagen avslog propositionen.[13]

4.3.5 Utredningen om styrning för en mer jämlik vård

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård.[14] Utredningen antog namnet Styrning för en mer jämlik vård. I juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning* (SOU 2018:55). I oktober 2019 överlämnade utredningen slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42).

Utredningen föreslog bl.a. att det skulle tillsättas en offentlig utredning som skulle få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsum-

[11] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[12] Ds 2016:28.
[13] Bet. 2016/17:SoU21, rskr. 2016/17:323.
[14] Dir. 2017:128.

tion av vård. I samband med det skulle utredningen även komma in på frågor som rör den etiska plattformen. Frågor att utreda skulle vara:

- Har prioriteringsplattformen tillräckligt genomslag i dag, t.ex. när det gäller prevention, och står sig prioriteringsgrupperna och den inbördes ordningen?
- Hur förhåller sig omställningen av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård och de horisontella prioriteringar som det kräver till prioriteringsplattformen?
- Hur förhåller sig utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården?
- Hur långt ska det offentliga åtagandet sträcka sig i förhållande till det som individen själv bör svara för när det gäller t.ex. tillgänglighet och stöd vid lindrigare besvär? [15]

Betänkandena har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

4.3.6 Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar

Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker. Myndigheten redovisade uppdraget i mars 2020 genom rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3).

Av rapporten framgår följande huvudsakliga slutsatser. Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bl.a. om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov

[15] SOU 2019:42, s. 517 f.

endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet, kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Problematiken kan enligt Vård- och omsorgsanalys uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligfinansierade patienterna.

Myndigheten uppger att en delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle enligt Vård- och omsorgsanalys möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön. Men den situationen träffas inte, enligt myndigheten, lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Enligt Vård- och omsorgsanalys är det inte sannolikt att detta beror på att dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att den slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Vård- och omsorgsanalys påpekar att den inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall, utan analyserna och slutsatserna baseras på övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finanseriade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna.

Vård- och omsorgsanalys anger att det är svårt att entydigt visa hur patienter i den offentligfinansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Det är enligt myndigheten svårt att med säkerhet uttala sig om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten i hälso- och sjukvården och vilken effekt det får för patienterna i den offentligfinansierade vården. Utifrån väntetidsdatabasen kan myndigheten dock konstatera att privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalats med regionen för de offentligfinansierade patienterna. Det gör det enligt myndigheten svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av dessa vårdgivare.

Vård- och omsorgsanalys lämnar följande rekommendationer:

- Regeringen bör säkerställa en ökad transparens genom bättre uppföljningsmöjligheter och kunskap. Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.
- Regeringen bör verka för att stärka oberoende forskning om de privata sjukvårdsförsäkringarnas faktiska påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.
- Regeringen bör utifrån slutsatserna från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) pågående förstudie om medicinska revisioner på området ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt.
- Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att göra en internationell utblick kring utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar.
- Regionerna (huvudmännen) bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare. Huvudmännen behöver ha bättre kunskap om hur de offentligfinansierade patienterna påverkas av att privata vårdgivare också tar emot privatfinansierade patienter. Därför rekommenderar Vård- och omsorgsanalys huvudmännen att, bland annat utifrån ett upphandlingsrättsligt perspektiv, se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med för att säkerställa en vård på lika

villkor och efter behov. För att möjliggöra t.ex. medicinska revisioner om hur behovsbedömningar och prioriteringar görs kan det övervägas om viss insyn behövs även i den privatfinansierade vården hos de vårdgivare som bedriver sådan vård parallellt med offentligfinansierad vård. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Dessutom bör regionerna se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.

4.3.7 IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar

I oktober 2020 presenterade IVO en förstudie kring prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.[16]

Bakgrund till förstudien

Bakgrunden till IVO:s förstudie är följande. Mot bakgrund av uppgifter i media rörande privata sjukvårdsförsäkringar, publicerade rapporter, IVO:s egna iakttagelser av vårdstrukturen och genom en skrivelse från Region Stockholm har IVO uppmärksammat att det kan föreligga en specifik risk inom vården. IVO skriver att det finns en risk att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade patienter och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter åsidosätter hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. IVO inledde därför förstudien för att utreda de juridiska förutsättningarna för tillsyn, bedöma riskerna och ge underlag för ställningstaganden till om tillsyn bör ske eller inte.

Slutsatser i förstudien

Av förstudien framgår följande. IVO har tillsyn över att huvudmän och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § HSL är en sådan målbestäm-

[16] IVO förstudie (2020).

melse.[17] Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL. IVO har hittills inte bedrivit tillsyn över frågan om prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter men konstaterar att frågan ligger inom IVO:s tillsynsansvar.

IVO hänvisar i sin studie till Vård- och omsorgsanalys rapport från 2020 om privata sjukvårdsförsäkringar (rapport 2020:3) och Vård- och omsorgsanalys slutsats om 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 dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Enligt IVO har Vård- och omsorgsanalys på systemnivå visat tydliga indikationer på att det finns en risk att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården åsidosätts.

IVO gör utifrån befintligt underlag bedömningen 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 det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov.

IVO skriver vidare att myndigheten tidigare har konstaterat att tillgängligheten brister i den svenska hälso- och sjukvården och att patienter tvingas att vänta länge för att få vård och insatser. IVO har uppmärksammat att långa väntetider ökar riskerna för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan med andra ord ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.

I förstudien bedöms att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Förstudien bedömer att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för en sådan bedömning. Det betonas att förstudien inte haft i upp-

[17] Av 3 kap. 1 § HSL följer: 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.

drag att kvantifiera patientsäkerhetsriskerna varför IVO inte vet hur stora patientsäkerhetsriskerna är.

I förstudien föreslår IVO att myndigheten ska göra en bedömning av hur stora patientsäkerhetsriskerna är när det finns skillnader i väntetider som inte beror på skillnader i medicinska behov. IVO uppger att det är först när myndigheten har bedömt den saken som det finns förutsättningar att bestämma vilka tillsynsinsatser som ska prioriteras.

IVO beskriver att målet om vård på lika villkor omfattar hela vårdförloppet, från det att patienten söker vård till att sista uppföljningen sker. Målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården omfattar en del av patientens vårdförlopp, nämligen från det att behovet är fastställt. 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 har tidigare sett allvarliga konsekvenser av fördröjda diagnoser inom vården.

Beskrivning av en tilltänkt tillsyn

Förstudien gör vissa preliminära överväganden om hur IVO skulle kunna genomföra en tillsyn om IVO vid en sammantagen bedömning finner att riskerna inom området bör prioriteras.

IVO skulle genom tillsyn kunna granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.

En tillsyn skulle t.ex. kunna syfta till att utreda om det finns systematiska skillnader i de prioriteringar som görs utifrån följande bedömningar: om eventuella skillnader har inneburit patientsäkerhetsrisker, om prioritering har skett på ett sådant sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte har getts företräde till

vården, om eventuella skillnader rimligen kan förklaras av om patienterna var offentligfinansierade eller privat försäkringsfinansierade samt bedöma vårdgivarnas och andra aktörers ansvar för eventuella brister i prioritering av patienter.

En tillsyn bör utreda vilka risker som olika väntetider på vård kan medföra för patienter hos privata vårdgivare, som tar emot både offentligt och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör därför avgränsas till privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör dock inte på förhand avgränsas till privata vårdgivare som tar emot en viss omfattning av offentligfinansierade respektive privat försäkringsfinansierade patienter. IVO skriver att det saknas offentliga registeruppgifter om hur patientvolymer hos enskilda vårdgivare fördelar sig mellan offentligfinansierade och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter. Förstudien resonerar om hur ett urvalsförfarande av vårdgivare kan gå till.

En tillsyn kan antingen avgränsas till tiden efter det att behovet är fastställt (vård efter behov) eller även omfatta tiden fram till att behovet är fastställt (vård på lika villkor). En tillsyn bör utgå från det behov som hälso- och sjukvården har fastställt.

En tillsyn bör avse patienternas faktiska väntetider, inte vårdgivarnas måluppfyllelse mot vårdgarantin eller andra avtalade tidsgränser. Förstudien konstaterar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid. Vårdgarantin har också som syfte att bidra till att korta väntetiderna, så att patienterna får vård snabbare. Förstudiens fråga handlar om vård efter medicinska behov. Varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.

En tillsyn bör ske genom att granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade respektive privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan omfatta granskning av medicinsk dokumentation, kvantitativ analys av uppgifter om väntetider till vård, uppgifter från patienter och närstående samt bestå av inspektioner av vårdgivarna.

I förstudien beskrivs att företrädare för Region Stockholm och Västra Götalandsregionen uppfattar att de inte har möjlighet att själva granska och följa upp hur privata vårdgivare, som de har avtal

med, prioriterar mellan de patienter som omfattas av avtalet med regionen och övriga patienter hos den privata vårdgivaren. Region Stockholm har ställt frågor till några privata vårdgivare om hur de säkerställer att det är medicinska prioriteringar som avgör tillgängligheten till vård och att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte ges förtur på bekostnad av patienter inom den skattefinansierade vården. Västra Götalandsregionen uppger att den inte har fått några signaler som motiverar sådana uppföljningsfrågor till sina avtalade leverantörer.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan ske som utreder patientsäkerhets- och andra kvalitetsrisker hos enskilda privata vårdgivare. Om en sådan tillsyn bekräftar att det finns väsentliga risker som har uppkommit under längre tid, bedömer förstudien att tillsynen bör ske med ett tydligt systemperspektiv. I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.

IVO har i dagsläget (september 2021) inte beslutat huruvida en sådan tillsyn som beskrivs i förstudien ska genomföras.

4.4 Pågående uppdrag

4.4.1 Tillgänglighetsdelegationen

Regeringen beslutade i augusti 2020 att tillsätta en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider.[18] Kommittén har antagit namnet Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också använt kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen. Delegationen ska bl.a.

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,

[18] Dir. 2020:81.

- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget delredovisades den 30 juni 2021 i betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade följande bedömningar och förslag i SOU 2021:59:

- Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bl.a. omfatta villkor vid vård i annan region, villkor vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet för vård till väntande patienter och få information om villkoren för nyttjande av den vården.

- Överenskommelsen om ökad tillgänglighet ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den ska också innehålla krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.
- Regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

5 Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar

5.1 Inledning

I detta kapitel görs en redogörelse för begreppet privata sjukvårdsförsäkringar. Här framgår vilka tjänster försäkringarna i allmänhet innehåller, vilken vård som vanligtvis ersätts av försäkringarna och vilken vård som vanligtvis inte ersätts av försäkringar, hur försäkringarna finansieras, vilka som har en sjukvårdsförsäkring och hur de nyttjas.

Det saknas officiella uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Uppgifterna i detta avsnitt har därför framför allt inhämtats från Svensk Försäkring. Svensk Försäkring är försäkringsbranschens branschorganisation. Ett 50-tal försäkringsföretag är medlemmar i Svensk Försäkring och tillsammans svarar de för mer än 90 procent av den svenska försäkringsmarknaden. Utredningen har använt de officiella underlag som utredningen har kunnat finna i frågan.

5.2 Vad är en försäkring?

Bestämmelser om försäkringar, bl.a. försäkringstagarens och försäkringsbolagens ömsesidiga rättigheter och skyldigheter, finns i försäkringsavtalslagen (2005:14). Vidare innehåller försäkringsrörelselagen (2010:2043) bl.a. regler om tillsynen över svenska försäkringsföretag. För att få etablera ett försäkringsföretag eller utöka företagets produktsortiment krävs tillstånd, vilket lämnas av Finansinspektionen som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen.

Ett försäkringsavtal innebär att försäkringsbolaget åtar sig att mot vederlag i form av en försäkringspremie skydda den enskilda vid vissa oförutsedda händelser. En försäkring syftar till att sprida risker

för sådana händelser över en större grupp och över tid. En försäkringstagare delar sin risk med ett större kollektiv i stället för att själv bära hela risken. Varje försäkringstagare betalar en premie som speglar den risk som tillförs kollektivet.

Försäkringar kan delas in i individuella försäkringar och gruppförsäkringar. En gruppförsäkring kan t.ex. vara en kollektivavtalad försäkring. Det kan också vara en försäkring som handlas upp av fackliga organisationer till förmån för sina medlemmar som frivilligt kan välja att teckna och betala för den. Det är även vanligt förekommande med obligatoriska gruppförsäkringar. Ett exempel på det är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel på en obligatorisk gruppförsäkring kan vara en idrottsförening som både tecknar försäkringen och betalar premien till förmån för idrottsutövarna.[1]

För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste vissa kriterier vara uppfyllda, s.k. försäkringsmässiga principer. En sådan princip är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.

För flera typer av individuellt tecknade försäkringar, t.ex. hemförsäkringar och personförsäkringar, gäller s.k. kontraheringsplikt, dvs. att försäkringsföretagen inte får vägra någon att teckna sådan försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till bl.a. risken för framtida försäkringsfall.[2] Premierna kan också variera beroende på hur stora riskerna är. För gruppförsäkringar gäller ingen kontraheringsplikt.[3]

[1] Uppgifter från Svensk Försäkrings hemsida och SOU 2013:23, s. 111.
[2] Se mer om kontraheringsplikten och dess undantag i 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen samt i SOU 2016:37.
[3] 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen gäller endast individuellt tecknade försäkringar.

5.3 Vad är en privat sjukvårdsförsäkring?

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser, med vissa begränsningar. Flera större försäkringsbolag erbjuder sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring delar upp sjukvårdsförsäkringarna i gruppförsäkringar och individuella försäkringar. Gruppförsäkringar delas dessutom upp i två undergrupper: arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar och övriga gruppförsäkringar. Den första gruppen betalas av arbetsgivaren medan den andra gruppen betalas av den enskilde själv, direkt eller indirekt.[4] De privata sjukvårdsförsäkringarna redovisas följaktligen enligt Svensk Försäkrings indelning i följande 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.[5]
- *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.[6]
- *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. Tre av tio är gruppförsäkringar och en av tio försäkringar är individuella sjukvårdsförsäkringar, se figur 5.3 (i kapitel 5.8).

[4] Det innebär att den enskilde kan betala premien helt själv, genom egna inbetalningar direkt till försäkringsbolaget, eller genom att den kostnaden ingår i t.ex. en medlemsavgift till en idrottsförening.
[5] Arbetsgivarbetalda försäkringar var tidigare obligatoriska för den anställde, när arbetsgivaren valt att teckna försäkring, men i samband med att förmånsbeskattning av premien infördes den 1 juli 2018 kan de anställda välja att avstå från försäkringen.
[6] Gruppförsäkringar kan även vara obligatoriska. Ett exempel på obligatorisk gruppförsäkring är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för alla sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel kan vara när en idrottsförening både tecknar och betalar premien till förmån för idrottsutövarna.

Vid tecknande av en individuell sjukvårdsförsäkring fyller den enskilde i en hälsodeklaration. Beroende på utfallet av den kan sjukvårdsförsäkring tecknas fullt ut eller med vissa begränsningar. Försäkringsbolaget kan också neka att en försäkring tecknas.

Sjukvårdsförsäkringen 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 12–24 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. Vilken vård som omfattas och inte omfattas av försäkringar utvecklas vidare nedan i kapitel 5.4.

Den vård som sker inom ramen för en sjukvårdsförsäkring måste godkännas av försäkringsbolaget. Vården betalas av försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen får i sin tur ersättning genom de premier som försäkringstagarna betalar.

5.4 Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar

De privata sjukvårdsförsäkringarnas utformning kan skilja sig åt beroende på försäkringsbolag och vilken försäkring som tecknas. I detta avsnitt redogörs för den vård och de insatser som vanligtvis omfattas och ersätts av sjukvårdsförsäkringarna, vilken vård som normalt sett inte omfattas, samt hur försäkringarna nyttjas.

5.4.1 Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare

Försäkringsbolagen tecknar avtal med privata vårdgivare om att utföra vård på deras uppdrag. Det är således endast vård som utförs av privata vårdgivare som omfattas av sjukvårdsförsäkringarna. Det måste därmed finnas en privat vårdgivare som bedriver vården för att försäkringsbolagen ska kunna erbjuda den till sina kunder. Det innebär att vård som inte erbjuds av privata vårdgivare inte kan omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.

Vård som ges av regionen i egen regi eller utförs på uppdrag av regionen genom avtal med privata vårdgivare, bekostas inte av privata sjukvårdsförsäkringar, utan av regionen och då främst genom skattemedel. Det finns dock försäkringar som ersätter den enskilde för de utgifter hen har för offentligfinansierad vård. En sjukvårdsförsäkring kan nämligen ersätta de patientavgifter som uppkommer i samband med vård som ges av eller på uppdrag av regionen.[7]

5.4.2 Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar

Vad som normalt omfattas och inte omfattas av sjukvårdsförsäkringarna

Sjukvårdsförsäkringar kan delas in i *komplementära* respektive *supplementära* sjukvårdsförsäkringar. En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet (t.ex. ersättning för patientavgifter, rehabiliterande insatser etc.). En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men ofta med erbjudande om bättre tillgänglighet eller större valfrihet. De privata sjukvårdsförsäkringar som finns på den svenska marknaden är ofta i huvudsak supplementära, men med komplementära inslag. I stor utsträckning omfattar den försäkringsfinansierade vården samma tjänster som även återfinns i den offentliga hälso- och sjukvården, och fokus är på korta väntetider.

Innehållet i försäkringarna kan skilja sig åt mellan försäkringsbolagen. Som huvudregel kan dock sägas att inledande vårdkontakter/rådgivning, förebyggande insatser, planerad öppen specialistvård

[7] Det förekommer också att arbetsgivare direkt ersätter kostnader för patientavgifter m.m.

och rehabilitering omfattas, och att högspecialiserad vård, akutvård och vård för skador/sjukdomar som den enskilde haft innan försäkringen tecknas inte omfattas. Detta utvecklas nedan.

Kullberg och medförfattare[8] har gjort en genomgång av det vanligaste innehållet i sjukvårdsförsäkringar, och fokuserar på sju stora försäkringsbolag i Sverige: Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia, If, EuroAccident och SEB. Av den genomgången framgår följande.

Försäkringarna omfattar generellt sett förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering. Följande insatser brukar omfattas:

- Tillgång till sjukvårdsrådgivning och vårdplanering per telefon eller digitalt.
- Möjlighet till digital vård, med möjlighet till remisskrivning.
- Kortare väntetidsgaranti. Garanterad första kontakt med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar, och operation inom cirka 14–21 arbetsdagar.
- Ekonomisk ersättning om väntetidsgarantin inte hålls.
- Utredning, vård och behandling från sjuksköterskor/läkare.
- Sjukhusvård, operationsförberedande undersökningar och operation.
- Tillgång till fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut, logoped och dietist.
- Ny medicinsk bedömning.
- Vård i hemmet efter operation.
- Eftervård, rehabilitering och hjälpmedel efter operation eller annan sjukhusvård.
- Hälsoundersökning.
- Ersättning för resa och logi i samband med sjukhusvård eller operation.

[8] Kullberg et al. (2019). Se även sammanställning i Vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 32.

- Ersättning för patientavgifter samt läkemedelskostnader inom offentligfinansierad vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet.
- Ersättning av självrisk vid vård under tillfällig utlandsvistelse.

Vaccinationer, kristerapi, samtalsstöd, behandling vid missbruk samt rådgivning av jurist eller ekonom i frågor relaterade till hälso- och sjukvård kan också ingå.

En del av det skydd som ingår i sjukvårdsförsäkringen kan även ingå i andra försäkringar eller finnas i andra förmåner som arbetsgivaren erbjuder sina anställda. Ersättning för patientavgifter återfinns exempelvis ofta i sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Sådana kostnader brukar även ersättas direkt av arbetsgivare. Detta gäller även kostnader för läkemedel. Begränsade sjukvårdsförsäkringar kan även finnas med som en del av exempelvis en fordonsförsäkring.[9]

Som nämnts ovan är den vård som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar sådan vård som bedrivs av privata vårdgivare, och framför allt sådan vård som även erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården. Försäkringarna kan dock, som framgår ovan, också innehålla vård och behandling som oftast inte erbjuds av regionerna eller ingår i deras vårdutbud. Ett exempel är behandlingar av kiropraktor eller naprapat som ofta ingår i sjukvårdsförsäkringarna, men som inte alltid ingår i regionernas utbud.[10]

All den vård som erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården erbjuds inte inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis ingår inte akutsjukvård eller intensivvård (IVA) i några av försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkringar.[11] Denna typ av vård erbjuds av vissa privata vårdgivare, men omfattas ändå inte av någon privat sjukvårdsförsäkring.[12] Det finns skillnader mellan försäkrings-

[9] En sådan försäkring kan då innefatta vård och eftervårdsinsatser i samband med trafikolyckor och dylikt.
[10] SOU 2019:15, s. 168.
[11] Uppgift från Svensk Försäkrings hemsida ”*så här fungerar en privat sjukvårdsförsäkring*”.
[12] Det kan bl.a. bero på att det är så få privata vårdgivare som erbjuder denna typ av vård, att dessa vårdgivare erbjuder denna vård på uppdrag av en (eller flera) regioner och deras avtal reglerar möjligheten att ha annan verksamhet, att den vården är mycket kostsam och en försäkring som täcker sådan vård därmed skulle behöva bli väldigt dyr, och/eller att sådan vård ges i akuta skeden och därmed inte kan förhandsgodkännas, vilket är ett krav inom försäkringarna.

bolagen gällande vilka typer av cancerbehandlingar som ingår, se vidare nedan.

Högspecialiserad vård (dvs. vård som t.ex. till följd av komplexitet, kostnadsskäl och/eller förekomst/frekvens inte erbjuds i hela landet, utan vanligen endast erbjuds på universitetssjukhusen) erbjuds inte av privata vårdgivare i någon nämnvärd omfattning. På grund av detta kan inte heller sådan vård erbjudas inom sjukvårdsförsäkringen.[13]

Annat som vanligtvis inte ingår i sjukvårdsförsäkringar är vård eller insatser för långvariga eller kroniska sjukdomar och diagnoser, sjukdom eller skador som den enskilde haft innan försäkringen började gälla. I vissa försäkringar finns det uttryckliga undantag för detta, i andra finns det karenskrav på 12–24 månader för sjukdomar, symptom eller skador som den enskilde haft innan hen tecknade en försäkring. Kroniska sjukdomar kan därför i praktiken sällan omfattas. Inte heller brukar behandling i samband med graviditet eller fertilitet, kosmetiska behandlingar, tandvård, och korrigering av syn omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. I allmänhet gäller att kosmetiska behandlingar, korrigering av exempelvis närsynthet etc. inte är försäkringsbara då skadan inte är plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa.

Under senare år har en sjukvårdsförsäkring med annan typ av innehåll börjat erbjudas, nämligen en form av cancervårdsförsäkring. Vård- och omsorgsanalys beskriver att det i den försäkringen bl.a. ingår en ny oberoende medicinsk bedömning, inklusive kompletterande diagnostik och undersökningar för att identifiera och individanpassa cancerbehandlingen.[14]

Vanligaste åtgärderna som betalas av försäkringsbolagen via sjukvårdsförsäkring

Det saknas officiella uppgifter om vilken vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. I Vård- och omsorgsanalys rapport finns en beskrivning av en datainsamling som Svensk Försäkring har gjort på Vård- och omsorgsanalys förfrågan. Av denna sammanställning framgår följande.

[13] Se även resonemanget ovan om akutvård och intensivvård.
[14] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 37.

Enligt uppgifter kan omkring 40 procent av försäkringsbolagens kostnader för försäkringsvård kopplas till förebyggande och rehabiliterande insatser och omkring 60 procent till planerad specialiserad sjukvård. Det ger en fingervisning om hur insatserna fördelas.

Försäkringsbolagen som erbjuder sjukvårdsförsäkring finansierade år 2018 omkring 248 000 specialistbesök och 26 000 operationer. Motsvarande siffror för 2016 var ungefär 246 000 specialistbesök och 18 000 operationer. Som referens genomfördes det enligt Socialstyrelsens statistikdatabas totalt (både privat och offentligt finansierad vård) omkring 2,3 miljoner operationer inom öppen specialiserad vård i Sverige 2018. Av dem avsåg omkring 150 000 operationer rörelseapparaten. Inom slutenvården genomfördes samma år drygt 808 000 operationer. Antalet försäkringsfinansierade operationer skulle då totalt sett motsvara knappt en procent av alla operationer, även om andelen kan skilja sig åt beroende på vårdområde. Antalet försäkringsfinansierade operationer inom ortopedi var t.ex. omkring 9 700, vilket i relation till samtliga operationer inom rörelseapparaten (privat och offentligt finansierade) utgör 6–7 procent. Antalet operationer inom ortopedi uppgår till drygt 50 procent av det totala antalet operationer inom den försäkringsfinansierade vården. Behandlingar inom hud, öron-näsa-hals, gynekologi och ögon uppges vardera stå för 5–7 procent av det totala antalet operationer.

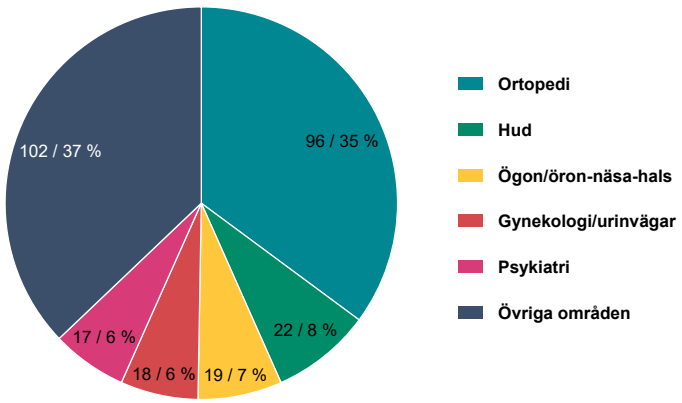
Av de vårdinsatser som försäkringsbolagen finansierade 2018 var insatser inom ortopedi och rörelseapparaten (axlar, rygg, knä m.m.) vanligast. Andra vanliga behandlingar avsåg t.ex. insatser inom hud, ögon, öron-näsa-hals, gynekologi och urinvägar samt psykiatri.[15]

I *figur 5.1* beskrivs de diagnosområden där insatser är vanligast inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Insatser inom ortopedi står för omkring 35 procent av samtliga insatser. Uppskattningen utgår från antalet unika specialistbesök och det totala antalet operationer. Vanligen är det flera besök för en skada.

[15] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.

Figur 5.1 Antal vårdinsatser finansierade av privata sjukvårdsförsäkringar, per specialitet, 2018

100 % = 274 000. Antal i diagrammet angett i tusental / procent.[1]



1) Enligt bedömning från Svensk Försäkring.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020:3 (baserat på data från Svensk Försäkring).

Vård 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 försäkringar.[16]

[16] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 31.

5.4.3 Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar

Som redogjorts för i gällande rätt (kapitel 3.15) har arbetsgivare ett ansvar att erbjuda sina anställda företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). I avsnittet ovan framgår bl.a. vilken vård som vanligen omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa insatser som omfattas av försäkringarna kan anses utgöra företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. De delar i sjukvårdsförsäkringen som inte avser företagshälsovård, förebyggande insatser eller rehabiliterande åtgärder förmånsbeskattas om försäkringen tecknas och betalas av arbetsgivaren, medan förebyggande och rehabiliterande insatser är skattefria (se 11 kap. 1 och 18 §§ inkomstskattelagen [1999:1229]). Flera av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna är upplagda som kombinationsförsäkringar, där såväl hälso- och sjukvård till arbetstagaren som arbetsgivarens skyldighet att erbjuda företagshälsovård m.m. omfattas av samma produkt.

Vid slopandet av skattefriheten för förmån av hälso- och sjukvård uttalade flera remissinstanser oro för gränsdragningsproblem mellan insatser och åtgärder som är skattebefriade respektive som inte är det.[17] Den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga och skattefria insatser kan enligt ett ställningstagande från Skatteverket schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien.[18] Även före införandet av förmånsbeskattning beskattades de anställda för den del av försäkringen som avser ekonomisk ersättning för egenavgifter (dvs. patientavgifter och kostnader för läkemedel). Den delen uppskattades till 3 procent av försäkringspremien.[19]

[17] Se prop. 2017/18:131, s. 28.
[18] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.
[19] Utredningen har försökt hitta en källa till detta, och fått information om att siffran kommer från ett numera upphävt rättsligt ställningstagande från Skatteverket. Detta har dock inte kunnat återfinnas vid kontakter med Skatteverket. Representanter från Skatteverket och Svensk Försäkring har dock muntligt uppgett att siffran är korrekt.

5.4.4 Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna

Det saknas uppgifter om nyttjandegraden av sjukvårdsförsäkringar som går att koppla till individer, dvs. hur många eller hur stor andel av försäkringstagarna som utnyttjat försäkringen.[20] Däremot finns det uppgifter om hur många vårdkontakter/besök som finansierats av försäkringar. År 2018 var siffran 4 procent för operationer (uträknat på antal operationer/antal försäkringar) och 38 procent för specialistbesök (totalt antal specialistbesök/antal försäkringar).[21] Eftersom det saknas uppgifter över antalet individer som utnyttjar försäkringen är dessa uppgifter det närmaste utredningen kommit i fråga om en kartläggning av nyttjandegrad. Siffrorna ger dock liten ledning kring hur många försäkringstagare som faktiskt utnyttjar sin försäkring, eftersom en specifik skada kan kräva ett besök, och en annan skada kan kräva ett tiotal besök och en operation.[22]

5.5 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?

Försäkringsbolagen tecknar samarbetsavtal med privata vårdgivare utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet om att utföra den vård som ingår i försäkringen. Ett försäkringsbolag kan ha avtal med flera hundra olika privata vårdgivare för att täcka in så många specialistområden som möjligt i hela landet.[23]

Enligt uppgift från Svensk Försäkring fungerar en privat sjukvårdsförsäkring på följande sätt, se *figur 5.2* för en översiktlig sammanfattning.

Vid en inträffad skada/sjukdom ska den försäkrade ta kontakt med vårdplaneringen på sitt försäkringsbolag. Vårdplaneringarna är bemannade med legitimerade sjuksköterskor och i vissa fall läkare, som antingen är anställda av försäkringsbolaget, eller arbetar för en privat vårdgivare som försäkringsbolaget har anlitat för denna verksamhet. I den första kontakten, som sker via telefon eller digitalt, sker en medicinsk bedömning/triagering. Därefter sker en vårdplanering och det bokas besök (fysiskt eller digitalt) hos en lämplig vårdgivare som försäkringsbolaget har samarbetsavtal med i de fall

[20] Se dock Kullberg et al. (2021) för vissa beskrivningar.
[21] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.
[22] Se Kullberg et al. (2021) för ytterligare beskrivning.
[23] Uppgift från Svensk Försäkring och representant från Länsförsäkringar vid utredningens expertgruppssammanträde den 9 februari 2021.

det bedöms behövas. Det är först efter det att vården är godkänd och planerad av försäkringsbolaget som vården kan påbörjas. Om den enskilde har en försäkring med remisskrav krävs också att en remiss utfärdats innan vård kan planeras av försäkringsbolaget, och försäkringstagaren är i dessa situationer hänvisad till den offentligfinansierade vården (eller till att bekosta remissens utfärdande ur egen ficka) innan försäkringsbolaget kopplas in.

Vårdplaneringen hos försäkringsbolagen kan även ge medicinsk rådgivning, t.ex. egenvårdsråd vid enklare sjukdomstillstånd, så som lättare luftvägsinfektioner, utan att ett besök bokas in hos en vårdgivare, i de fall där vårdbesök inte bedöms medicinskt motiverat.

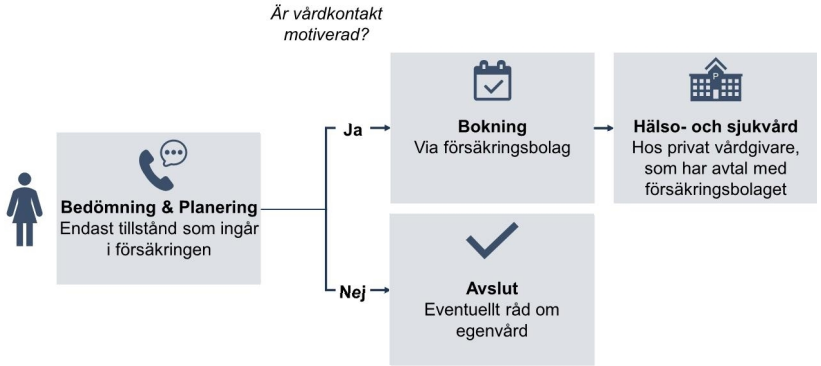
De medicinska bedömningarna och rådgivningen som ges sker av legitimerad vårdpersonal, och det journalförs. Personalen som utför detta omfattas av patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser. Flera av försäkringsbolagen arbetar med oberoende medicinsk granskning av behandlingsförfrågningar från vårdgivarna för att säkerställa att vården är medicinskt motiverad.

Flera försäkringsbolag använder sig av tjänsten *Boka doktorn* för att boka besök. Där lägger privata vårdgivare ut lediga tider som är tillgängliga för bokning av försäkringsbolag utifrån tecknade avtal och baserat på beräknat utrymme och efterfrågan med beaktande av eventuella avtal med regioner. Enligt Vårdföretagarna upplåter vårdgivarna tider för vårdplaneringarna att boka på efter bedömning av vilken kapacitet som kan frigöras utan att komma i konflikt med andra tecknade avtal (t.ex. med en region). Den försäkrade kan inte ringa direkt till vårdgivaren och boka tid för nybesök utan bokningen sker alltid via vårdplaneringen på försäkringsbolaget.[24]

Om skadan innebär rehabilitering hos exempelvis fysioterapeut eller naprapat kan försäkringsbolaget godkänna ett visst antal besök, exempelvis 5 besök, i förväg. Det är vanligt att försäkringstagaren sedan bokar uppföljande besök direkt med vårdgivaren. Beroende på typ av skada och vilka insatser som bedöms behövas kan det ske ett uppföljande samtal med vårdplaneringen efter de förgodkända besöken. Därefter godkänns vanligen fler besök om det visar sig behövas. I *figur 5.2* framgår hur vägen till vård fungerar för en patient med sjukvårdsförsäkring.

[24] Uppgift från Vårdföretagarna 2021-02-04.

Figur 5.2 Så fungerar sjukvårdsförsäkringen



5.6 Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna

I likhet med andra försäkringar ställer försäkringsbolagen krav, utifrån vad som följer av försäkringsmässiga principer, för att en person ska kunna teckna en sjukvårdsförsäkring. För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste olika kriterier vara uppfyllda. Ett kriterium är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.[25] Kraven som försäkringsbolagen ställer skiljer sig bl.a. åt beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. I det följande ges några exempel på krav och andra villkor i försäkringarna.

Ålder

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 också variera beroende på

[25] Detta framgår inte av lag, men i prop. 1984/85:77 (s. 38 ff.) redogörs för detta i samband med att det resoneras om vad som är tillståndspliktig försäkringsrörelse. Se även vidare i t.ex. Eckerberg (2010), s. 166 f. och där refererade källor.

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.[26] Skälet till att det finns en övre åldersgräns är att risken för olika typer av skador/sjukdomar efter en viss ålder inte längre är plötslig och oförutsedd.[27]

Som medlem i exempelvis Saco kan en sjukvårdsförsäkring nytecknas av personer mellan 18-67 år. Skyddet gäller till det år den försäkrade fyller 70 år. Premien skiljer sig åt beroende på ålder, men självrisken är 750 kronor oavsett ålder.[28]

Hälsostatus

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 hen 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.[29]

Premie

Premien för en sjukvårdsförsäkring skiljer sig åt beroende på en rad olika faktorer. Eftersom ålder är en viktig faktor i fråga om det förväntade behovet av hälso- och sjukvård så ökar också premien för en sjukvårdsförsäkring i takt med stigande ålder. Premien för den som är mellan 30 och 34 år varierar t.ex. mellan ungefär 2 000 och 6 000 kronor per år. Motsvarande premie för den som är mellan 65 och 70 år är cirka 10 000 till 25 000 kronor (prisuppgifterna är hämtade från ett urval av tre större försäkringsbolag).[30] Skillnader i

[26] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[27] Det skulle vara möjligt att erbjuda en försäkring men premien skulle bli mycket hög till följd av den höga risken vilket i sin tur skulle leda till att få personer skulle komma att teckna en sådan försäkring.
[28] Sacos hemsida.
[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[30] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

premie inom en ålderskategori beror till stor del på variationer i innehållet i försäkringen och under vilka förutsättningar sjukvårdsförsäkringen har tecknats. En försäkring med ett mer omfattande skydd har en högre premie. Det blir en lägre premie om självrisk gäller (vilket är det vanligaste). Ett annat exempel på när premien kan vara lägre är om en sjukvårdsförsäkring har tecknats med remisskrav, dvs. att försäkringen inte täcker några kostnader för specialistvård innan en remiss har utfärdats.

Premien bestäms således av hur omfattande försäkringen är, den försäkrades ålder samt vilka övriga villkor som gäller för försäkringen, t.ex. självrisk eller remisskrav.

Självrisk

De allra flesta försäkringar, cirka 85 procent, tecknas med självrisk.[31] Försäkringstagaren betalar med en sådan försäkring en del av kostnaden för att nyttja försäkringen, varför premien blir lägre än om självrisk inte gäller. Självrisken varierar men ligger vanligen på mellan 500 och 1 500 kronor per inträffad skada.[32] Självrisken träder in först efter att ett vårdbesök bokats från försäkringsbolagets sida. Den första kontakten med försäkringsbolaget utlöser därmed inte någon självrisk.

Försäkringsbolagens vårdgaranti och ersättningsskyldighet

Försäkringsbolagen erbjuder ofta en kortare väntetid än den författningsreglerade vårdgarantin inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den försäkrade ska få en första kontakt (rådgivning eller behandling) med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar och få operation inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. Om en försäkringstagare är i behov av vård som inte finns hos privata vårdgivare i den egna regionen kan försäkringsbolaget hänvisa försäkringstagaren till en privat vårdgivare i en annan region. Detsamma gäller om vården inte kan tillhandahållas i den egna regionen inom försäkringsbolagens väntetidsgaranti. I vissa fall kan för-

[31] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[32] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

säkringsbolaget också hänvisa försäkringstagaren till vård utomlands.[33] Försäkringsbolaget står då för resekostnaderna.[34]

Om försäkringsbolagens garanti inte uppfylls lämnar försäkringsbolagen ersättning till den försäkrade. Det rör sig om cirka 1 000 kronor i ersättning per dag om den försäkrade får vänta längre tid än vad som anges i avtalet.[35]

Den offentligt finansierade vårdens vårdgaranti är tre dagar till primärvård, 90 dagar till den specialiserade vården samt 90 dagar för planerad vård, räknat från den dag vårdgivaren beslutat att den enskilde ska få den vården. Detta regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Regionerna kan också erbjuda en egen, kortare, vårdgaranti, som kan variera över landet. Det betalas inte ut någon ersättning till patienterna om bestämmelserna om vårdgaranti inte hålls.

Försäkringspatienter har ibland större krav på sig från försäkringsbolagen vad gäller t.ex. uteblivet besök än vad regionerna ställer. Om patienten uteblir får hen betala hela avgiften för mottagningsbesöket och även hela eller del av operationskostnaden.[36]

5.7 Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar

En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som behandlat patienten. Därefter kan patientnämnden i regionen bli aktuell att kontakta, och i sista hand IVO.[37]

En patient kan ha synpunkter på försäkringsbolaget och hur det har hanterat hens vårdbehov. Om en patient är missnöjd med hur försäkringsbolaget har hanterat ett ärende ska patienten i första hand vända sig till de ansvariga inom bolaget, oavsett om klagomålet gäller ett beslut, bemötandet från handläggaren eller lång handläggningstid.

Det finns regler om klagomålshantering som alla försäkringsbolag måste följa. Försäkringsbolagen ska se till att kunder på ett lämpligt sätt kan anmäla klagomål mot bolaget. Hanteringen av

[33] Kullberg et al. (2019), s. 740.
[34] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 36.
[35] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17 och från Svensk Försäkrings representant i expertgruppen.
[36] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.
[37] Se mer i kapitel 11.3.6.

klagomål ska vara effektiv och klagomålen ska besvaras snarast möjligt. Varje försäkringsbolag ska ha en klagomålsansvarig, som är ytterst ansvarig för klagomålsrutinerna, registrerad hos Finansinspektionen. Information om vem den klagomålsansvariga personen är ska finnas på bolagets webbplats.[38]

Om patienten fortfarande inte är nöjd kan denna ofta gå vidare till en nämnd utanför försäkringsbolaget; Patientskadenämnden, eller till domstol.

Om en patient exempelvis drabbas av en personskada i samband med vård eller behandling kan denne ha rätt till ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen (1996:799). En patient som har vårdats inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården eller tandvården gör en anmälan till Löf (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Om en patient drabbats av en personskada i samband med privatfinansierad vård eller behandling hos en privat vårdgivare ska denne kontakta den vårdgivaren för att få reda på i vilket försäkringsbolag hen har sin patientförsäkring.

Synpunkter som rör avtalsvillkor och relationen mellan försäkringsgivare och försäkringstagare kan fångas upp av Finansinspektionen, som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen, och Konsumenternas Försäkringsbyrå, en stiftelse som Konsumentverket, Finansinspektionen och Svensk Försäkring står bakom.

Konsumenternas Försäkringsbyrå ger oberoende fakta och vägledning inom försäkringsområdet till konsumenter. Till den kan konsumenter vända sig med frågor och synpunkter rörande privata sjukvårdsförsäkringar. Finansinspektionen är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen och ska i sin tillsyn säkerställa att bolagen har tillräcklig kapitalstyrka för att infria sina åtaganden gentemot försäkringstagarna.

[38] Uppgifter från Konsumenternas Försäkringsbyrås hemsida (Konsumentstöd > Klaga, ångra, anmäl > Klaga i ett försäkringsärende).

5.8 Användare av privata sjukvårdsförsäkringar

5.8.1 Antalet försäkringstagare

Det saknas myndighetsdata om hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring hade 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring år 2020, vilket motsvarar cirka 6,5 procent av befolkningen.

Sjukvårdsförsäkringar började säljas i Sverige år 1985, och riktade sig då främst till företag som ville ha en försäkring som gav god tillgång till vård för nyckelpersoner.[39] Samma år som försäljningen av privata sjukvårdsförsäkringar startade hade 2 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. År 1990 hade siffran växt till cirka 23 000 personer, och år 1992 hade siffran ökat ytterligare till 40 000 personer. Därefter avstannade ökningen i ett par år.[40] En förklaring som då framfördes till att ökningen stannade av var ”att vårdköer och väntetider i den offentliga vården minskat.”[41] Ökningen tog senare vid igen, och år 2000 hade cirka 115 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring.[42]

Den genomsnittliga årliga ökningen sedan år 2000 är drygt 12 procent. Sedan 2010 och fram till 2020 har antalet sjukvårdsförsäkringar ökat med totalt sett 57 procent.

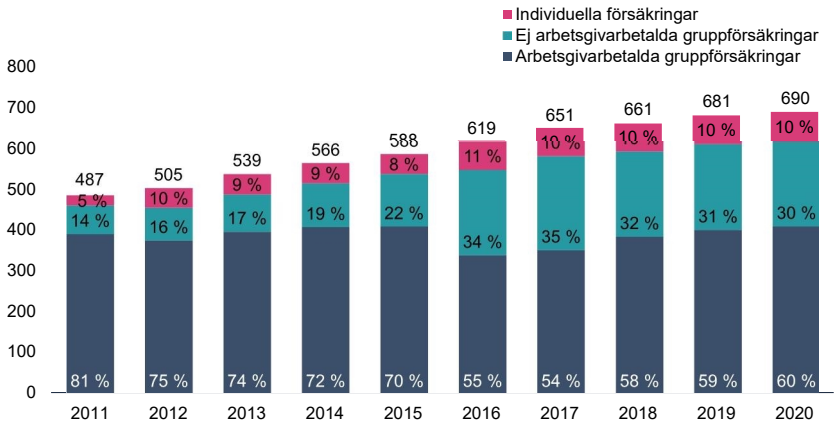
Den kategori av försäkringar som har ökat snabbast under 2000-talet är de arbetsgivarbetalda försäkringarna. Även de övriga gruppförsäkringarna, dvs. försäkringar som betalas av den enskilde inom en grupp (t.ex. en fackförening), ökade i antal. De individuella sjukvårdsförsäkringarna, dvs. försäkringar som tecknas av en privatperson, har ökat i mindre omfattning.

I *figur 5.3* visas utvecklingen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar, uppdelat på typ av försäkring, mellan åren 2011 och 2020 (i antal tusen försäkringar).[43]

[39] Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-20.
[40] SOU 2001:57, s. 108 f. och DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.
[41] DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.
[42] SOU 2001:57, s. 108 f.
[43] Äldre information saknar uppdelningen mellan individuella försäkringar, arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar och övriga gruppförsäkringar varför dessa år inte tagits med i diagrammet.

Figur 5.3 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2011–2020, fördelat på typ av försäkring

Angett i tusental försäkringar[1]

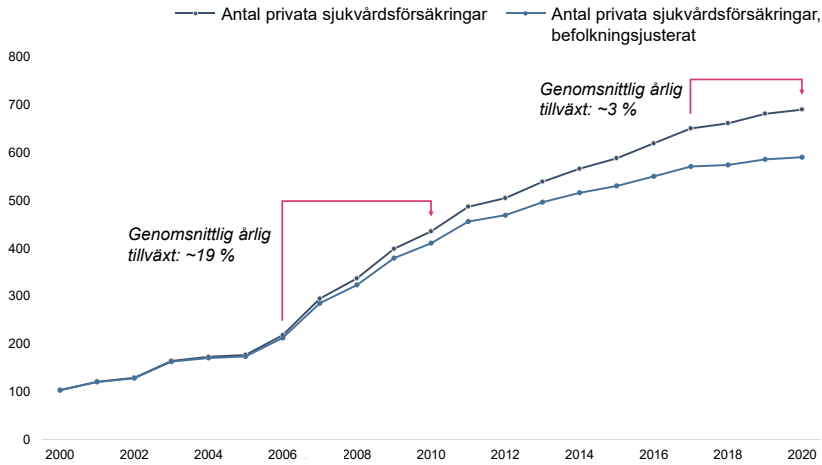


1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.
Not: På grund av avrundning uppgår inte samtliga summeringar till exakt 100 %.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

I *figur 5.4* visas tillväxten av privata sjukvårdsförsäkringar mellan åren 2000–2020, dels i antal, dels justerat efter befolkningsökningen.

Figur 5.4 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2000–2020

Angett i tusental försäkringar[1]



1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.
Not: Den befolkningsjusterade utvecklingen baseras på total befolkningsökning sedan år 2000. Vid den befolkningsjusterade utvecklingen skulle även befolkningsmängden av personer 18–64 år med förvärvsinkomst >0 kunna användas. Detta eftersom en stor andel av försäkringarna utgörs av arbetsgivarbetalda försäkringar. Eftersom ungefär hälften av försäkringarna ändå är icke-arbetsgivarbetalda så utgår vi i detta exempel utifrån den totala befolkningen.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

5.8.2 Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar

Det saknas myndighetsdata om vilka det är som har en privat sjukvårdsförsäkring. År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* som är en deskriptiv analys baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

I rapporten sammanfattas hur gruppen försäkrade skiljer sig från den övriga populationen i en rad viktiga avseenden:

1. Nästan två tredjedelar av de försäkrade 2015 var män. Andelen män har dock minskat något sedan 2006. Inom de olika sektorerna på arbetsmarknaden är könsskillnaderna väsentligt mindre. En stor del av könsskillnaderna har således sin bakgrund i att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer.

3. Medelåldern för de försäkrade ligger ganska nära medelåldern för arbetskraften i sin helhet (cirka 45 år). Det innebär att de med privat sjukvårdsförsäkring är underrepresenterade bland unga och äldre.
4. De försäkrade är överrepresenterade i Stockholms län, framför allt när det gäller arbetsgivarbetalda försäkringar, och i Västra Götalands län. Mätt som andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar vanligast i Jämtlands län, där 18 procent av de sysselsatta har en privat sjukvårdsförsäkring.
5. De försäkrade har i genomsnitt cirka ett års längre utbildning än befolkningen som helhet. Skillnaden kan till största delen förklaras med en större andel högskoleutbildade bland de försäkrade.
6. Det största antalet försäkrade återfinns inom bygg- och anläggning, medan sektorn som inkluderar finansiella tjänster samt juridisk och ekonomisk konsultation har högst andel försäkrade. De försäkrade är tydligt underrepresenterade i sektorer som utbildning, hälso- och sjukvård samt offentlig förvaltning.
7. De försäkrade är överrepresenterade på små arbetsplatser med upp till 30 anställda.
8. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. Skillnaden kan framför allt hänföras till den övre delen av inkomstfördelningen. Detta gäller i synnerhet de arbetsgivarbetalda försäkringarna.
9. De försäkrade mottar i mindre utsträckning stöd från olika typer av hälsorelaterade försäkringar, så som sjukpenning och sjukersättning.[44]

I en rapport från 2017, framtagen av LO, PTK och Svenskt Näringsliv, framgår att 42 procent av de företag som deltog i undersökningen, som genomfördes under våren 2017, hade en sjukvårds- och/eller rehabiliteringsförsäkring för alla anställda på företaget. Det var vanligare med försäkringar bland företag med 10–49 anställda jämfört med företag med 250 eller fler anställda. Därutöver var det vanligare

[44] Palme, M. (2017), framför allt s. 43 f.

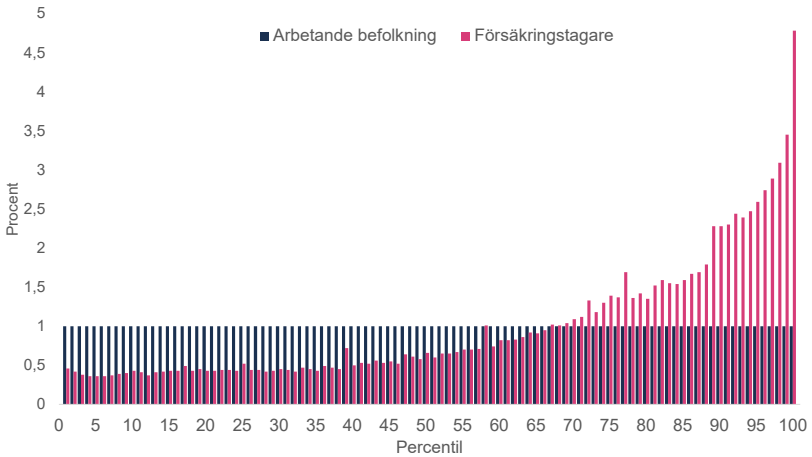
med försäkringar inom branschen byggindustrin/installation samt handel/hotell jämfört med industri- samt tjänstebranschen.[45]

Sammanfattningsvis finns det personer med privata sjukvårdsförsäkringar i hela Sverige men de är vanligare i storstadsregionerna. De är också vanligare i vissa branscher som bygg- och anläggning, inom den finansiella sektorn och på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda. Fler män än kvinnor har en sjukvårdsförsäkring. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. De flesta privata sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda.

I *figur 5.5* framgår andel personer med privat sjukvårdsförsäkring satt i relation till den arbetande befolkningen som helhet, utifrån olika inkomstpercentiler.

Figur 5.5 Andel med privat sjukvårdsförsäkring inom olika delar av inkomstfördelningen (2015)

Inkomstfördelningen uppdelat på percentiler efter förvärvsinkomst 2015.



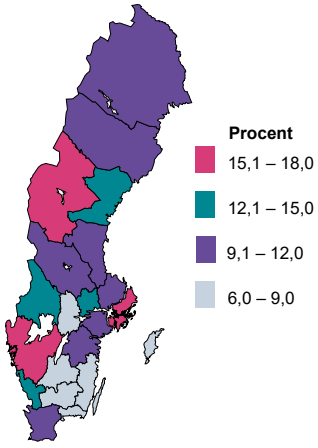
Not: Åldersgruppen 30-64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Figuren visar inkomst i den arbetande befolkningen som en percentilfördelning (blå staplar). En procent av den arbetande befolkningen ingår i första percentilen, en procent i den andra percentilen, osv. De rosa staplarna visar hur försäkringstagare fördelar sig. Om den rosa stapeln är lägre än den blå stapeln finns en mindre andel av försäkringstagarna i denna inkomstpercentil, jämfört med befolkningen som helhet. Om den rosa stapeln är högre än den blå, är det relativt fler försäkringstagare i percentilen, jämfört med befolkningen som helhet. Brytpunkterna för statlig skatt gick vid detta tillfälle vid percentil 73 (första gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 36 942 kr) och percentil 91 (andra gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 52 433 kr).
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

[45] LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017), s. 8.

I *figurerna 5.6A–B* och *5.7A–B* visas andel respektive antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av Sverige år 2015. De två figurerna 5.6 visar *andel* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, dels i form av en karta, dels i staplar.

Figur 5.6A Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

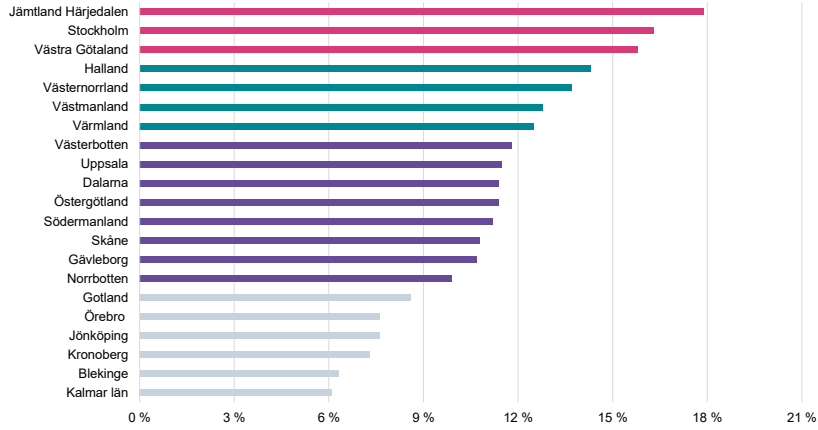
Riksgenomsnitt = 13 procent.



Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.6B Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

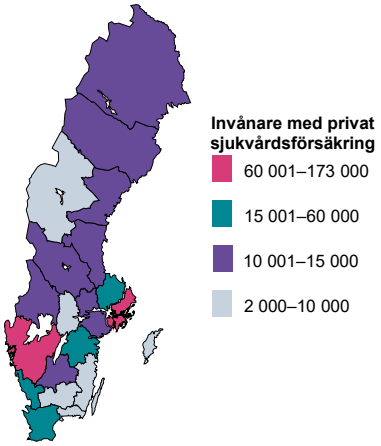
Riksgenomsnitt = 13 procent.



Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

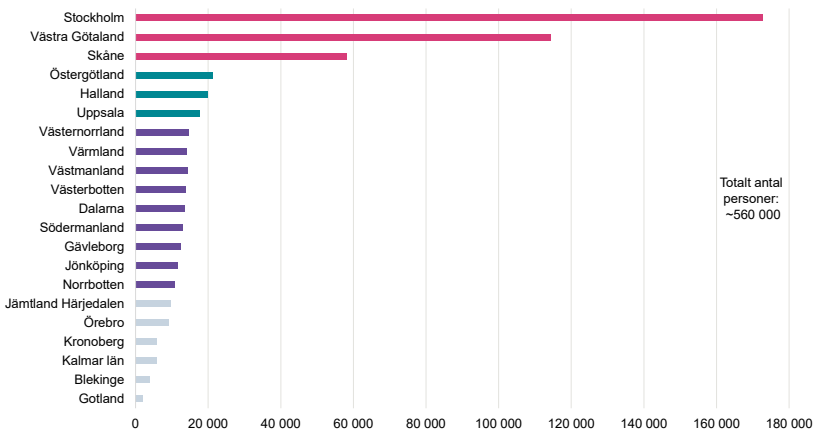
De två figurerna 5.7 visar i stället *antal* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, men också i form av en karta respektive staplar.

Figur 5.7A Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.7B Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

5.8.3 Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund

Under de senaste åren har det blivit allt vanligare att fackförbund och andra organisationer erbjuder sina medlemmar att via dem teckna sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring.

Saco

Saco är den centralorganisation där flest medlemsförbund har erbjudande om privata sjukvårdsförsäkringar som gruppförsäkring till sina medlemmar. Saco är en sammanslutning av 21 fackförbund som organiserar olika akademikergrupper såsom arkitekter, bibliotekarier, ekonomer, ingenjörer, jurister, läkare, lärare, naturvetare och psykologer. Totalt organiseras cirka 700 000 medlemmar.

Saco som huvudorganisation har uttalat att försäkringarna är ett komplement till den offentligt finansierade välfärden, och att medlemmarna erbjuds sådan försäkring för att underlätta för dem, samt att tillgängligheten har blivit ett problem i sjukvården, och att det därför finns ett behov av sjukvårdsförsäkring.[46]

Majoriteten av Sacos förbund erbjuder medlemmarna att själva teckna och betala för privata sjukvårdsförsäkringar som gruppförsäkring.

Utredningen har gått igenom de olika förbundens hemsidor för att kartlägga vilka förbund som erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring, samt tagit kontakt med vissa av förbunden[47] för att kontrollera resultaten.

Av detta framkom att femton av 21 fackförbund erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring via dem, vilket är följande fackförbund. Akademikerförbundet SSR, Akavia, DIK, Lärarnas Riksförbund, Naturvetarna, Officersförbundet, Sjöbefälsföreningen, SRAT, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Arkitekter, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Ingenjörer, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Skolledarförening och Sveriges Universitetslärare och forskare (SULF).

[46] Uppgifter från Thomas Andrén, välfärdsekonom på Saco, till Dagens Medicin, ”*Fler betalar sig förbi vårdkön*”, publicerad 2019-04-15.
[47] Separat kontakt tagen med Reservofficerarna, Sveriges Tandläkarförbund och Kyrkans Akademikerförbund.

Fysioterapeuterna, Reservofficerarna, Sveriges Läkarförbund, och Sveriges Veterinärförbund erbjuder inte sina medlemmar att teckna sådan försäkring. Sveriges Läkarförbund har också uttalat sig i media om privata sjukvårdsförsäkringar och där uttalat en oro över utvecklingen kring privata sjukvårdsförsäkringar.[48] Vad gäller Sveriges Tandläkarförbund erbjuder förbundet inte sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring, men förbundet består av fyra medlemsföreningar; SOL (för forskare och läkare) och TEV (för egenföretagare), som inte erbjuder försäkringen, Tjänstetandläkarna (för anställda) som erbjuder försäkringen, samt Studerandeföreningen, som utredningen inte fått fram information om de erbjuder försäkringen eller inte.[49]

Vad gäller Kyrkans Akademikerförbund har utredningen inte lyckats få reda på om det förbundet erbjuder sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring.

TCO

TCO är en centralorganisation för 13 fackförbund och organiserar nästan 1,4 miljoner tjänstemän på den svenska arbetsmarknaden. TCO-förbundens medlemmar arbetar t.ex. som ingenjörer, lärare, poliser, ekonomer, sjuksköterskor och inom kommuner, statliga myndigheter, banker och försäkringsbolag.

TCO som centralorganisation har inte något ställningstagande i fråga om privata sjukvårdsförsäkringar. Deras fackförbund ser också olika på frågan. Av vad utredningen kunnat läsa sig till på respektive förbunds hemsida är det fem av TCO-förbunden som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Finansförbundet, Forena, Lärarförbundet, Polisförbundet och Unionen.

Åtta förbund erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Försvarsförbundet, Journalistförbundet, SYMF, ST, Teaterförbundet, TULL-KUST, Vision och Vårdförbundet.

För fyra av förbunden finns det tydliga ställningstaganden som ligger bakom deras inställning till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

[48] Se t.ex. Stensmyren och Thorwaldsson i DN Debatt, 2019-12-05.
[49] Enligt uppgift från Sveriges Tandläkarförbund är det Tjänstetandläkarna som administrerar Studerandeföreningen, men det framkommer inte om samma försäkringar kan tecknas som studerandemedlem.

ST har under kongressen 2020 beslutat att inte erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar till sina medlemmar och att förbundet inte ska teckna kollektivavtal som inkluderar privata sjukvårdsförsäkringar.[50]

Vision erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar Det är ett beslut som styrelsen fattat. Frågan var uppe på förbundsmötet 2020. En motion hade inkommit om att inte erbjuda försäkringar och den motionen föreslogs anses besvarad.[51]

Vårdförbundet erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar. Förbundet har uttalat sig i frågan i media flera gånger.[52]

Unionen erbjuder sjukvårdsförsäkring till sina medlemmar. I en tidningsartikel där frågan om sjukvårdsförsäkringar behandlas uttalade Unionens förhandlingschef att gruppförsäkringar är en av fackförbundens kärnuppgifter. I artikeln uttalades vidare följande: ”Det finns en önskan hos en del av våra medlemmar att kunna få snabbare vård så länge inte andra patienter trängs undan. Vi har landat i bedömningen att skatter inte kommer kunna höjas i närtid så mycket att alla får den vård som efterfrågas så snabbt som man vill ha det”.[53]

LO

LO är en centralorganisation för 14 fackförbund som organiserar cirka 1,5 miljoner arbetstagare inom bl.a. bygg-, handel-, restaurang-, transport-, och kommunalbranschen. Inget av LO:s fackförbund erbjuder sina medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar. LO har under lång tid varit kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar. Frågan har behandlats på flera kongresser och på kongressen 2016 togs beslut att ”ge LO:s styrelse i uppdrag att verka för att stoppa sjukvårdsförsäkringar som ger möjlighet att betala sig före i sjukvårdssystemet”[54] Enligt LO kan de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en tudelad och ojämlik vård som undergräver en offentligt

[50] Beslut vid ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar, se protokoll på hemsidan.
[51] Förbundsmötet hölls den 24–26 september 2020. Motion 53 *Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*. Se styrelsens svar till motionen för information om beslutet som styrelsen fattat 2018. Utredningen har kontaktat Vision för att få del av protokoll från förbundsmötet, men inte fått något svar.
[52] Se t.ex. *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: ”Som att tro på tomten”* i Arbetsvärlden, 2020-02-04.
[53] Se uttalande av Martin Wästfelt, Unionens förhandlingschef, till Syre i artikeln *Unionen: ”Det finns en önskan om snabbare vård”*, 2020-12-18.
[54] Se Kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet, som finns på LO:s hemsida.

finansierad välfärd fördelad efter behov. LO har också flera gånger uttalat att privata sjukvårdsförsäkringar, genom att ge förtur till vård, bryter mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om att den som har störst behov av vård ska få vård först.[55]

5.9 Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar

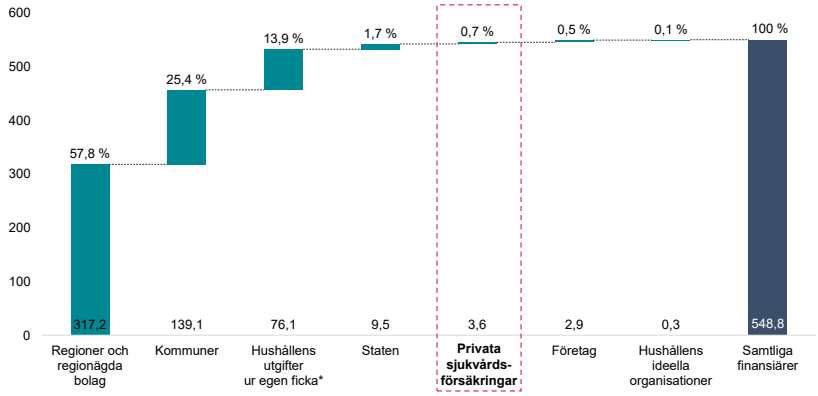
Det saknas officiella uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar till de privata vårdgivarna för den vård som vårdgivarna utför. De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar bygger på de premier som försäkringstagarna betalar till försäkringsbolagen. Uppgifterna om premier kommer från Svensk Försäkring. SCB delar sedan upp premieinkomsten i två delar, en administrationsdel och en transfereringsdel.[56]

I *figur 5.8* redovisas hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär för år 2019. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, inklusive läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen, var år 2019 cirka 549 miljarder kronor. Den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar, utifrån en beräkning av premierna, uppgår till cirka 3,6 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 0,7 procent av de totala utgifterna.[57] De senaste tio åren dessförinnan har siffran legat på mellan 0,5 och 0,7 procent.[58]

[55] Se t.ex. debattartikeln *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån* i Göteborgs-Posten, publicerad 2020-08-21.
[56] Uppgift från SCB 2021-01-27.
[57] SCB:s Hälsoräkenskaper.
[58] SCB:s Hälsoräkenskaper. (2009–2012: 0,5 procent, 2013–2016 och 2018: 0,6 procent och 2017 0,7 procent.).

Figur 5.8 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär, 2019

I miljarder kronor

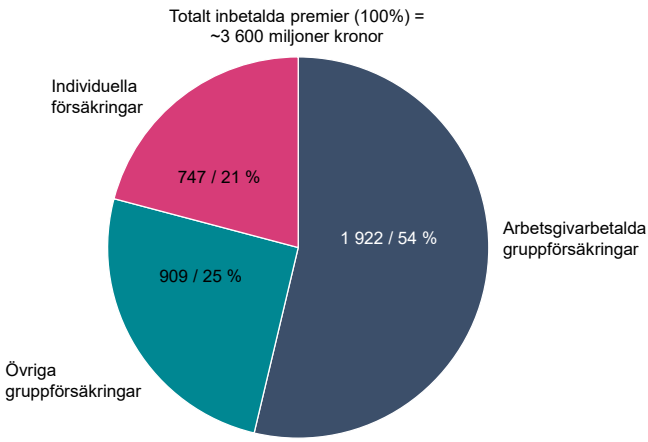


*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster/sparande
Not: Om utgifterna för läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen undantas uppgår den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar i stället till cirka 1 procent.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: SCB, Hälsoräkenskaper (2019).

Fördelningen av inbetalda premier fördelat på de olika typerna av individuella och gruppförsäkringar framgår av *figur 5.9*.

Figur 5.9 Inbetalda premier[1], per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Miljoner kronor respektive procent

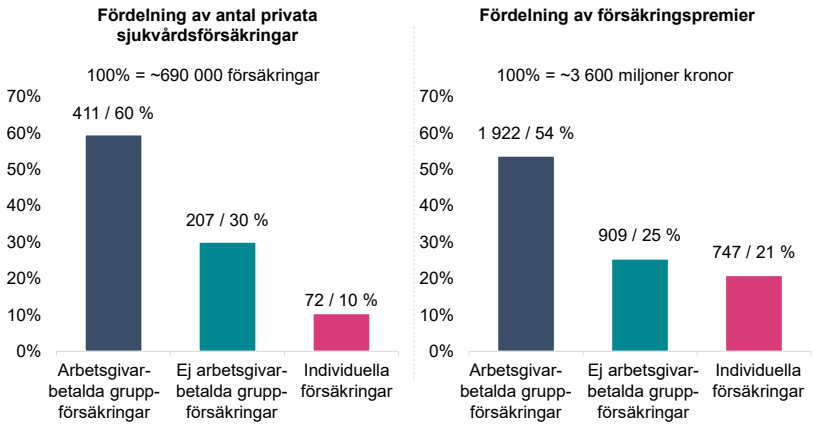


1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Av *figur 5.10* framgår också fördelningen av inbetalda premier. Dessa framgår av stapeldiagrammet till höger, men har nu satts i relation till fördelningen av antalet sjukvårdsförsäkringar, som visas i diagrammet till vänster.

Figur 5.10 Andel sjukvårdsförsäkringar och inbetalda premier[1], per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Tusen antal sjukvårdsförsäkringar, miljoner kronor inbetalda premier



1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Som framgår i diagrammen är det betydligt högre premier i de individuella försäkringarna i förhållande till antalet sådana försäkringar. Detta har bl.a. att göra med att arbetsgivare och fackföreningar kan avtala fram lägre premier i gruppförsäkringarna, eftersom riskerna sprids över en större grupp.

5.10 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet finns en redogörelse för vad privata sjukvårdsförsäkringar är, hur de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar i Sverige och vilka som huvudsakligen har försäkringar. Statistiken är till stor del hämtad från Svensk Försäkring, samt från SCB:s nationalräkenskaper i de fall där statistik finns tillgänglig därifrån. Det saknas myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de funge-

rar. Utredningen har inte haft möjlighet att kvalitetssäkra de uppgifter som inhämtats från Svensk Försäkring. Som kommer framgå i senare kapitel i betänkandet saknas det i flera avseenden tillgänglig statistik på området.

Av beskrivningen i detta kapitel framgår följande. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Privata sjukvårdsförsäkringar nyttjas till specialiserad öppenvård, där ortopedi är det vanligaste vårdområdet. Den vanligaste försäkringen är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar, följt av övriga gruppförsäkringar. De individuellt tecknade försäkringarna är minst vanliga. Antalet med en privat sjukvårdsförsäkring har ökat stadigt under de år det finns tillgänglig statistik på området, dvs. sedan år 2000. Den genomsnittliga årliga tillväxten har dock på senare år minskat jämfört med tidigare. I dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den grupp som har försäkringar är främst män med högre inkomster än befolkningen som helhet, och vanligast är försäkringar i storstadsregionerna samt i Region Jämtland-Härjedalen.

6 Ansvaret för hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskrivs statens och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården. Ansvaret består i att erbjuda, planera, organisera och finansiera vården. Vidare beskrivs olika kategorier av drift av vård. Även regionernas ansvar för avtal med privata vårdgivare och uppföljning av avtalen beskrivs. Kapitlet innehåller en beskrivning av utredningens undersökning om avtalen mellan regionerna och privata vårdgivare och om avtalsuppföljningen.

6.1 Delat ansvar mellan staten och regionerna

Av 1 kap. 2 § regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan stat, regioner och kommuner. Staten har ett övergripande ansvar för att styra hälso- och sjukvården genom bl.a. lagstiftning, statsbidrag, kunskap, nationell statistik, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter. Staten har direkt beslutskompetens vad gäller den nationellt högspecialiserade vården.[1] Staten har även det primära ansvaret för forskning och utbildning på vårdområdet genom de statliga universiteten. I budgetpropositionen för 2021 anges att statens ansvar för hälso- och sjukvården innebär att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet.[2]

Det är regionerna som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård i Sverige. Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och åt den som är kvarskriven och stadigvarande vistas inom regionen (8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL).

[1] Se 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[2] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 12.

Regionen har ansvar för vård även i vissa andra situationer, exempelvis för de patienter som, enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), väljer utförare av offentligfinansierad vård utanför sin hemmaregion (8 kap. 3 § HSL). Regionens ansvar som huvudman består även av att finansiera, organisera och planera vården.

Kommunen har ansvar för viss vård, exempelvis hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och, under förutsättning att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, hemsjukvård.[3] Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande då den inte omfattas av utredningens direktiv.

6.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården

6.2.1 Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare

Regionen är ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har regionen en relativt stor frihet att själv organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare för viss verksamhet. 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.[4] Regionen har också ansvar för att följa upp den vård som utförs på regionens uppdrag.[5]

Regionen har ansvar för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår också att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[6]

[3] Se mer i 12 och 14 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[4] Se 15 kap. 1 § HSL.
[5] Detta följer av att regionen alltjämt är huvudman enligt 15 kap. 1 § HSL men framgår också av 10 kap. 8 § kommunallagen.
[6] Se 7 kap. 2 § HSL.

6.2.2 Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare

Regionens ansvar i egenskap av huvudman omfattar all vård som utförs i regionen, oavsett om regionen utför den i egen regi eller om regionen har överlämnat den till en privat vårdgivare. Begreppet huvudman definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård,[7] vilket alltså är en vid definition och som ger lite ledning kring omfattningen av huvudmannens ansvar. De bestämmelser som finns i HSL och i kommunallagen (2017:725)[8] om regionens ansvar för avtalsskrivning med och uppföljning av privata vårdgivare är dock ett utlopp för det ansvar som följer av huvudmannaskapet. Viss ledning kan därmed anses finnas i och med de bestämmelserna.

Det betonas i förarbetena att huvudmannaskapet inte medför en bestämmanderätt över utförarens dagliga verksamhet. Det fråntar inte heller vårdgivaren ansvaret som följer med rollen som vårdgivare.[9] Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla regelverken. Huvudmannen har alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Regionen behöver därför i egenskap av huvudman ha viss kunskap och insyn i den privata vårdgivarens verksamhet.

Förutsättningarna för regionen att utöva sitt huvudmannaansvar, och i vilken utsträckning den kan påverka den privata vårdgivarens verksamhet varierar bl.a. beroende på vårdområde, omfattningen av avtalet och den verksamhet som upphandlas. I flera förarbeten betonas att huvudmannaskapet innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.[10] I förarbetena till lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, anger man, gällande driftentreprenader, att kommunen bestämmer vad verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet ska vara och att kommunen även ansvarar för uppföljning, utvärdering och eventuella kompletterande insatser. Den externa leverantören tillhandahåller, enligt proposi-

[7] Se 2 kap. 1 § HSL.
[8] Primärt 10 kap. 7–9 §§ och 5 kap. 3 § KL.
[9] Prop. 2016/17:43, s. 86.
[10] Se t.ex. prop. 2013/14:118, s. 38 och prop. 2016/17:166, s. 9.

tionen, således en kommunal tjänst och kommunen bär ansvaret på samma sätt som när kommunen bedriver verksamheten i egen regi.[11]

I flera förarbeten diskuteras också ”köp av enstaka platser eller tjänster” i förhållande till begreppet huvudman. Följande anges t.ex. i förarbetena till LOV:

> När en kommun köper enstaka platser eller tjänster på en privat institution eller anläggning har kommunen inget inflytande över verksamhetens utformning. Kommunen är inte huvudman för verksamheten men ansvarar ändå för att de vård-, omsorgs- och stödinsatser som den enskilde får håller god kvalitet.[12]

I prop. 2016/17:166 anges att ”när ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat vårdgivare är däremot landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning”.[13]

I förarbetena till nya HSL, när bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap”, infördes i den bestämmelse som kom att bli 15 kap. 1 § HSL, anges följande:

> Utredningen har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget eller kommunen behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal.[14]

> Tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att landstingets eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.[15]

Utredningen kan konstatera att förarbetena till nya HSL är tydliga i fråga om att regionens huvudmannaansvar alltjämt finns kvar vid överlämnande av vård till privata vårdgivare. Utredningens bedömning är därför att begreppet huvudman i 15 kap. 1 § HSL avser att träffa samtliga de avtal som regionen tecknar med privata vårdgivare om att utföra vård eller andra tjänster åt regionen, oavsett omfattningen av dessa avtal. Förarbetsuttalandena om köp av enstaka

[11] Prop. 2008/09:29, s. 19 f.
[12] Prop. 2008/09:29, s. 20.
[13] Prop. 2016/17:166, s. 9.
[14] Prop. 2016/17:43, s. 115.
[15] Prop. 2016/17:43, s. 146.

platser syftar enligt utredningens bedömning snarare till att förtydliga att regionen inte har någon bestämmanderätt över utformningen av verksamheten i stort, än att frånta regionen det ansvar som följer av huvudmannaskapet i HSL. Att omfattningen av avtalen och vilken typ av uppgift som lämnas över påverkar vilket faktiskt inflytande regionen får över den privata vårdgivarens dagliga verksamhet är en annan sak, och ter sig också fullt naturligt.[16] För det fall driften av ett helt sjukhus upphandlas blir det naturligt att regionen kan komma att ha ett större inflytande på verksamheten än om regionen upphandlar enstaka vårdkontakter. Mer om olika upphandlingar från regionens sida finns i kapitel 6.4.

6.3 Finansieringen av hälso- och sjukvården

Regionernas hälso- och sjukvård finansieras till allra största del av skattemedel. Det är inte reglerat i detalj hur den offentliga hälso- och sjukvården ska finansieras, men vissa övergripande bestämmelser finns. Regionerna har rätt att ta ut skatter (14 kap. 4 § regeringsformen). Skatten ska användas till skötseln av regionens angelägenheter, dvs. bl.a. hälso- och sjukvård. Därutöver får regionerna ta ut avgifter från patienten, se 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725), KL. Av KL följer också vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

Regeringen uttalade i prop. 2016/17:166 att den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter.[17] En annan utgångspunkt, som framgår av förarbeten, är att den ska vara ett offentligt ansvar som finansieras gemensamt av landets invånare.[18] Det offentliga huvudmannaskapet omfattar dock inte ansvar för sådan hälso- och sjukvård som bedrivs med enbart privat finansiering och som tillhandahålls utan offentligt uppdrag.[19]

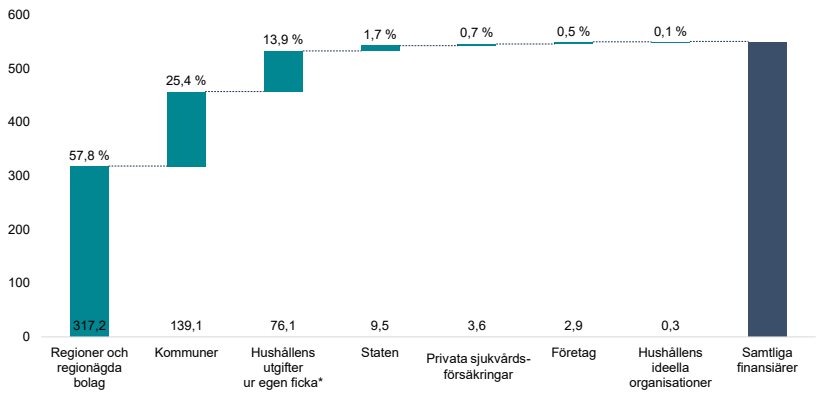
I *figur 6.1* redovisas hur hälso- och sjukvården finansieras. Mot bakgrund av hur hälsoräkenskaperna är uppbyggda innefattas även

[16] Se vidare i förarbetena som nämns ovan om diskussioner kring faktiskt inflytande. Se också SOU 2013:53, s. 97 ff.
[17] Prop. 2016/17:166, s. 14.
[18] Prop. 1996/97:60, s. 6.
[19] Prop. 2016/17:43, s. 86.

den kommunala omsorgen i denna sammanställning. Totalt uppgick utgifterna för hälso- och sjukvården år 2019, som tidigare nämnts, till cirka 549 miljarder kronor. Regionerna står för mer än hälften av finansieringen av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. Kommunerna svarar för ungefär 25 procent av finansieringen. ”Hushållens utgifter ur egen ficka” står för ungefär 14 procent av finansieringen. Det avser direkt betalning för hälso- och sjukvårdsprodukter och tjänster från hushållets primära inkomst eller sparande. Betalningen görs av patienten. Det kan t.ex. röra sig om utgifter för tandvård, läkemedel och egenavgifter. Betalning av hälso- och sjukvård genom försäkringar ingår dock inte här, då det har en egen kategori i hälsoräkenskaperna. Inte heller utgifterna som enskilda har för försäkringar omfattas, då det inte är betalning av vård, utan betalning av försäkringar. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av finansieringen. Denna summa bygger på en uppskattning av inbetalda premier, och inte på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för utförd vård.[20]

Figur 6.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär (2019)

Belopp i miljarder kronor



*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster eller sparande.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: SCB, Hälsoräkenskaper (2019).

[20] Se mer i kapitel 5.9.

6.4 Olika kategorier av drift av vård

Regionerna har som nämnts ovan en relativt stor frihet att organisera den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. De kan välja att bedriva all vård i egen regi[21], eller lämna över utförandet av hela eller delar av vården via avtal till annan aktör. Därutöver bedrivs viss vård helt privat, utan uppdrag från regionen, där regionen således inte är huvudman. I det följande beskrivs dessa olika sätt att bedriva och finansiera hälso- och sjukvården och som utgår från hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelser om huvudman och vårdgivare. Hur vården bedrivs är inte statiskt utan kan förändras över tid beroende bl.a. på vilket behov regionen har av att lämna över utförandet till andra aktörer. I det följande kommer olika kategorier av drift av vård att beskrivas. En och samma vårdkedja kan inbegripa både offentliga och privata vårdgivare.

I *figur 6.2* beskrivs olika sätt att få vård uppdelat på betalning, utförare och avtal. De fyra första, huvudsakliga, vägarna ska endast ses som exempel, varför bilden fortsätter med gröna pilar, där den ena ger ett exempel på en ytterligare väg till vård, nämligen genom företagshälsovården, och den andra endast innehåller tre prickar (för att illustrera att den listan kan göras längre). En patient kan nämligen få vård på ett antal sätt utöver dessa, t.ex. genom olika internationella avtal och samarbeten.[22]

[21] Observera dock att primärvården måste organiseras inom ramen för ett vårdval, enligt 7 kap. 3 § HSL.

[22] EU- och EES-medborgare omfattas av fri patientrörlighet enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Det finns också avtal mellan de nordiska länderna som medför att patienter från dessa länder har rätt till sjukvård på samma villkor som patienter från Sverige. Det finns också liknande avtal (konventioner) med flera andra utomeuropeiska länder. Vidare bedriver vissa sjukhus tjänsteexport.

Figur 6.2 Olika sätt att få vård – skillnader i fråga om betalning, utförare och avtal



1) Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, samt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.
2) Försäkringspremierna betalas in till försäkringsbolagen som sen bekostar vården med hjälp av premieinbetalningarna.
3) Avtalet kan också vara formlöst – dvs. att avtalet ingås i samband med vårdbesök eller bokning och betalning.

6.4.1 Regionen bedriver vård i egen regi

Regionen kan välja att bedriva hälso- och sjukvård helt i egen regi, vilket också är det vanligaste totalt sett. Regionen är i dessa situationer både huvudman och vårdgivare. Slutenvården, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, bedrivs oftast i regionernas egen regi. Det finns dock undantag, t.ex. Capio S:t Görans sjukhus och Ersta sjukhus i Stockholm, Elisabethsjukhuset i Uppsala och Lundby sjukhus i Göteborg.[23]

Den vård som bedrivs i regionens egen regi är oftast organiserad som delar av regionen och är en del av den juridiska personen regio-

[23] Uppgifter från Vårdföretagarna 2021-02-16.

nen. Ibland väljer regionerna att i stället organisera sin verksamhet i av regionen helägda aktiebolag.

Regionerna har viss frihet att bestämma hur vården ska finansieras. Finansieringen kan därför skilja sig mellan de olika regionerna även om grunderna för finansieringen är densamma i alla regioner. Den hälso- och sjukvård som bedrivs i regionens regi finansieras främst genom regionskatten. Finansiering sker även via generella och specialdestinerade statsbidrag till regionen samt medel via det kommunala utjämningssystemet. Dessutom tillkommer avgifter från patienterna. Patientavgifterna utgör dock en begränsad del. I Region Stockholm exempelvis, uppgick patientavgifterna år 2019 till cirka 1,39 miljarder kronor att jämföra med anslag från Hälso- och Sjukvårdsnämnden på cirka 63,3 miljarder kronor och andra intäkter på cirka 9,7 miljarder kronor.[24]

Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi som patienterna betalar för, helt eller delvis, själva. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg.[25] Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.[26]

Flera regioner bedriver sjukvårdsexport och erbjuder medicinska tjänster till internationella patienter, t.ex. genom de regionalt ägda bolagen Stockholm Care AB, Uppsala Care AB och Skåne Care AB. Sådan tjänsteexport bedrivs med stöd av 5 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.[27] Den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Det är i huvudsak regionerna Stockholm, Uppsala, Skåne, Västra Götaland och Jämtland Härjedalen som säljer vård till utlandet.[28]

Såvitt utredningen känner till sker det inte någon finansiering via privat sjukvårdsförsäkring av den vård som regionen bedriver i egen

[24] Region Stockholms årsredovisning 2019, s. 34.
[25] Prop. 2016/17:166, s. 16.
[26] Smer 2014:1, s. 59. Se även kapitel 8.2.3 för en mer utförlig redogörelse för rapporten från Smer.
[27] Prop. 2016/17:166, s. 17.
[28] SCB:s statistikdatabas (Offentlig ekonomi, Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, Verksamhetsindelad statistik för regioner, Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde).

regi, bortsett från eventuell tjänsteexport. Region Stockholm beslutade 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Av beslutet framgick att sådan verksamhet inte fick inskränka på uppdraget som vårdgivaren hade från regionen eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Vidare framgick att verksamheten bara fick utgöra en mindre del i förhållande till huvuduppdraget från regionen i enlighet med kommunallagen (2017:725). Det saknas dock uppgifter om att denna möjlighet har utnyttjats av de regionägda bolagen.[29]

6.4.2 Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman

En region kan välja att anlita en annan region, för att på uppdrag av den förstnämnda regionen, utföra vård. Det handlar i första hand om högspecialiserad vård som inte utförs överallt i landet och annan vård som regioner av olika skäl inte själva kan erbjuda patienten.

Patienter kan också i vissa fall på eget initiativ vända sig till en annan region än sin hemregion. Då svarar den första regionen för vården, men den bekostas alltjämt av hemregionen, trots att hemregionen då inte gjort något aktivt val om att patienten ska nyttja vård i den förstnämnda regionen. Det gäller i första hand akut vård som utförs utanför hemregionen, och öppen vård där en patient av olika anledningar väljer att vända sig till en annan region, t.ex. för att hemregionen inte kan uppfylla vårdgarantin (se 9 kap. 1 § patientlagen [2014:821] och 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

6.4.3 Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman

Hälso- och sjukvård kan även bedrivas av privata vårdgivare helt i privat regi, dvs. utan att det finns ett avtal med regionen om att utföra vården. I dessa fall är regionen inte huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) definition. Några egentliga begränsningar för vilken vård en privat utförare kan erbjuda, med undantag för vård som inbegriper myndighetsutövning (vilket kräver stöd i

[29] Se t.ex. SKR (2012).

lag), finns inte.[30] Finansieringen av denna vård kan ske t.ex. med kontanta medel eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Finansieringen som sker med kontanta medel kan utöver att vara en ren kontant betalning för en vårdkontakt också vara betalning som sker genom en medlemsavgift/abonnemangskostnad som ger fri tillgång till den vård som vårdgivaren bedriver, eller genom avbetalning som sker via ett finansbolag.[31]

Det saknas uppgifter om hur stor del av den totala hälso- och sjukvården som finansieras privat, bortsett från uppgiften om finansiering via sjukvårdsförsäkringar. Uppgiften om finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar är en uppskattning utifrån inbetala premier.[32] Det saknas också officiella uppgifter om antalet privata vårdgivare som bedriver vård utan uppdrag av regionen.

6.4.4 Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman

Regionen uppdrar åt privat vårdgivare att bedriva vården

Regionen kan välja att anlita någon annan utförare för att på uppdrag av regionen, via avtal, bedriva hälso- och sjukvård. Regionen är då huvudman medan den som bedriver vården är vårdgivare. I vilken utsträckning regionen kan utöva inflytande på den beställda vården i egenskap av huvudman, beror på situationen och omfattningen av avtalet. En upphandling av driften av t.ex. ett sjukhus innehåller många fler parametrar jämfört med en upphandling av enstaka vårdkontakter.

Uppdragen från regionen kan överlämnas med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller så kan det vara fråga om verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeuter utför enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). De två senare lagarna är något speciella i sin konstruktion, och ett flertal avtal har tecknats under tidigare system där Försäkringskassan var avtals-

[30] Se 12 kap. 4 § regeringsformen, 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[31] Se t.ex. Barnsjukhuset Martinas medlemskap, Sturebadets hälsoabonnemang samt Capios samarbete med Wasa Kredit för möjlighet till delbetalning.
[32] Se mer i kapitel 5.9 och 6.3.

tecknare, varför det inte alltid är regionen som tecknat avtal enligt dessa bestämmelser. I SOU 2020:19 *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* föreslogs att LOL och LOF ska upphävas vid utgången av 2022, men att lagen ska gälla för anslutna personer som längst till utgången av 2028. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

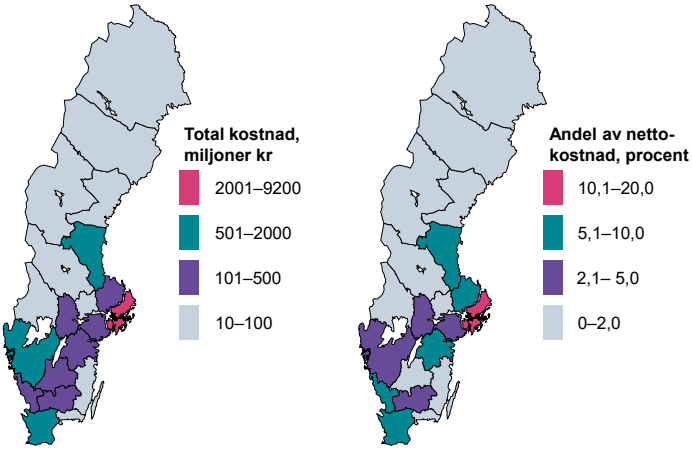
Det är regionerna som betalar för den vård som de köper av privata vårdgivare. Vid en upphandling (LOU) och inom valfrihetssystem (LOV) följer vårdgivarens ersättning av avtalen. Ersättningsmodellerna kan variera i sin utformning. Inom ett vårdvalssystem följer vidare ersättningen patientens val av utförare. Läkarvårdsersättning enligt LOL och ersättning för fysioterapi enligt LOF utges enligt nationella taxor.

Omfattningen av vård som utförs av privata vårdgivare på uppdrag av regionerna

Omfattningen av den vård som bedrivs av privata vårdgivare utifrån avtal med regionen varierar mellan regionerna. I *figur 6.3* redovisas regionernas köp av specialistvård från privata vårdgivare i två kartor. Den ena kartan visar den totala kostnaden i miljoner kronor, och den andra visar köp som andel av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård. Uppgifterna avser specialistvården eftersom det framför allt är sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar.

Figur 6.3 Köpt specialistvård från privata vårdgivare[1] per region i kronor och i andel relativt nettokostnaden[2] (2019)

Tal angett i miljoner kronor och procent



1) Avser specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård från privata vårdgivare och ideella föreningar och stiftelser.
2) Avser nettokostnader inklusive läkemedelskostnader för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.
Not: Gotland har exkluderats.
Källa: SCB/Statistikdatabasen (2019).

Av tabell 6.1 och 6.2 framgår att regionerna köper vård från ett antal olika typer av vårdgivare. I *tabell 6.1* anges regionernas köp av vård fördelat per motpart i miljoner kronor och i *tabell 6.2* anges regionernas köp av vård per motpart i procent av den totala vårdproduktionen. Köp från privata vårdgivare dominerar, men mycket vård köps även från andra regioner, bl.a. avseende högspecialiserad vård. Regionerna köper även vård från kommuner och kommunförbund och i mer begränsad utsträckning från utlandet.

Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen köper mer vård från privata vårdgivare jämfört med övriga regioner. I Stockholm utgör köp av vård från privata vårdgivare cirka en fjärdedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. I Skånes och Västra Götalands fall något mindre. Även mindre regioner köper vård från privata vårdgivare, och då i första hand från husläkarmottagningar som drivs i privat regi. Exempelvis genomfördes 18 procent av alla behandlingar i primärvården i Region Jämtland Härjedalen av

privata utförare.[33] Region Norrbotten köper mycket vård från andra regioner, och Västra Götalandsregionen, Region Östergötland och Region Värmland köper vård från utlandet, om än små volymer.

Tabell 6.1 Regioners köp av vård[1] per motpart (2019)

I miljoner kronor

Region	Regioner	Region-ägda bolag[2]	Kommuner och kommunal-förbund	Privata företag och vård-givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1 366	10 451	152	16 569	116	1 040	2
Uppsala	536		28	1 103	52		2
Sörmland	875	211	13	1 070	12		
Östergötland	424		29	944	16	1	19
Jönköpings län	837		7	683	16	79	3
Kronoberg	537		13	431	7	1	1
Kalmar län	580		5	261	8		
Blekinge	421			221	5		
Skåne	619	592	8	4 959	107	1	2
Halland	945		102	1 118	31	1	1
Västra Götaland	605	3	65	4 345	78	171	2
Värmland	592		1	348	4	11	14
Örebro län	298		3	421	9		
Västmanland	664	111	16	733	5	2	
Dalarna	693		7	438		2	
Gävleborg	651	183	13	987	4	2	3
Västernorrland	698			402			2
Jämtland Härjedalen	358		11	117	1		2
Västerbotten	231		4	258	5		
Norrbotten	1 904	6	31	315	19	25	5

1) Inklusive tandvård.
2) I egen KCR.
Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

[33] Region Jämtland Härjedalen, *Årsredovisning 2018*.

Tabell 6.2 Regioners köp av vård[1] per motpart (2019)

Andel i procent

Region	Regioner	Region-ägda bolag[2]	Kommuner och kommunal-förbund	Privata företag och vård-givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1,4 %	10,5 %	0,2 %	16,7 %	0,1 %	1,0 %	0,0 %
Uppsala	3,3 %		0,2 %	6,7 %	0,3 %		0,0 %
Sörmland	6,5 %	1,6 %	0,1 %	8 %	0,1 %		
Östergötland	2,5 %		0,2 %	5,5 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Jönköpings län	7,2 %		0,1 %	5,9 %	0,1 %	0,7 %	0,0 %
Kronoberg	7,7 %		0,1 %	6,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Kalmar län	6,6 %		0,0 %	3,0 %	0,1 %		
Blekinge	6,6 %			3,5 %	0,1 %		
Skåne	1,5 %	1,4 %	0,0 %	11,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Halland	8,2 %		0,9 %	9,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Västra Götaland	0,9 %	0,0 %	0,1 %	6,5 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %
Värmland	6,5 %		0,0 %	3,8 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Örebro län	2,4 %		0,0 %	3,4 %	0,1 %		
Västmanland	6,7 %	1,1 %	0,1 %	7,4 %	0,1 %	0,0 %	
Dalarna	6,1 %		0,0 %	3,9 %		0,0 %	
Gävleborg	6,8 %	1,9 %	0,1 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Västernorrland	7,1 %			4,1 %			0,0 %
Jämtland Härjedalen	6,9 %		0,2 %	2,2 %	0,0 %		0,0 %
Västerbotten	2,1 %		0,0 %	2,4 %	0,0 %		
Norrbotten	17 %	0,1 %	0,3 %	2,8 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %

1) Inklusive tandvård.
2) I egen KCR.
Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

6.4.5 Vårdgivare med flera uppdragsgivare

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva vård på uppdrag av en region, att enbart bedriva vård utan regionuppdrag, eller att bedriva vård på uppdrag av regioner och flera andra uppdragsgivare. En vårdgivare kan därmed bedriva vård både på uppdrag av en eller flera regioner via avtal och på uppdrag av t.ex. försäkringsbolag eller patienter. Den privata vårdgivaren kan välja att organisera vården i

en eller flera verksamheter. Det är endast den vård som bedrivs på uppdrag av en region som är offentligfinansierad, och således är det endast den vården som regionen är huvudman för, oavsett hur den privata vårdgivaren har utformat sin verksamhet.

Att lagstiftaren förutsatt att en privat vårdgivare kan ha flera uppdragsgivare, dvs. bedriva både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård, beskrivs i flera förarbeten till förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I förarbetena till den nya HSL resoneras t.ex. kring att kostnadseffektivitetsprincipen bara gäller för den delen av verksamheten som är offentligfinansierad.[34] I samband med upphävandet av de bestämmelser i gamla hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gällde under åren 2006–2007 och som på olika sätt begränsade möjligheterna för regionerna att överlämna driften av vård till privata vårdgivare, gjorde regeringen några uttalanden. Regeringen uttalade då att det kan finnas ett intresse hos den privata vårdgivaren att utnyttja en eventuell överkapacitet, eftersom lokaler och utrustning därmed kan användas mer kostnadseffektivt. Vidare anfördes att den privata vårdgivaren blir mindre sårbar med fler än en uppdragsgivare.[35]

6.4.6 Avtalsförfarandet vid regionens upphandling

Upphandling enligt LOU

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, gäller för upphandling, dvs. de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt, som genomförs av en upphandlande myndighet (se 1 kap. 2 § LOU). LOU används i första hand för upphandling av specialistvård. Upphandlingen sker i konkurrens och avtalen är specifika för varje vårdgivare. Avtalen kan avse specificerad vård eller vårdrelaterade tjänster så som t.ex. laboratorietjänster och radiologi.

Majoriteten av köp av specialistvård sker genom LOU.[36] I Västra Götalandsregionen, exempelvis, löpte 58 olika avtal inom olika specialiteter i december 2020. Region Stockholm har löpande avtal för specialisttjänster grupperade i 20 områden med ett varierande

[34] Prop. 2016/17:43, s. 96. Se även uttalanden i SOU 2016:62, s. 242.
[35] Prop. 2006/07:52, s. 12.
[36] Detta stämmer dock inte i Stockholm, där vårdval i stället är den vanligaste formen.

antal avtal inom varje grupp. Några exempel på grupper är ”Specialiserad kirurgi i öppenvård,” (4 avtal), ”Psykiatrisk specialistvård för vuxna” (15 avtal) och ”Specialiserad ätstörningsvård” (3 avtal).

Den vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar avser huvudsakligen specialistvård i öppenvården.

Valfrihetssystem enligt LOV

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, gäller när en upphandlande myndighet har beslutat att tillämpa valfrihetssystem inom ett område, dvs. när en enskild har rätt att välja leverantör inom systemet (se 1 kap. 1 § LOV). LOV används huvudsakligen för köp av primärvård, där det är obligatoriskt att tillämpa LOV, men även för köp av specialistvård. Inom respektive vårdvalsområde är avtalen likalydande och vårdgivare ansöker om att få erbjuda vård enligt dessa avtal. Genom avtalen åtar sig vårdgivaren att utföra det uppdrag som anges i uppdragsbeskrivningen för det specifika uppdraget. I avtalen specificeras även ersättningsmodell och ersättningsnivåer.

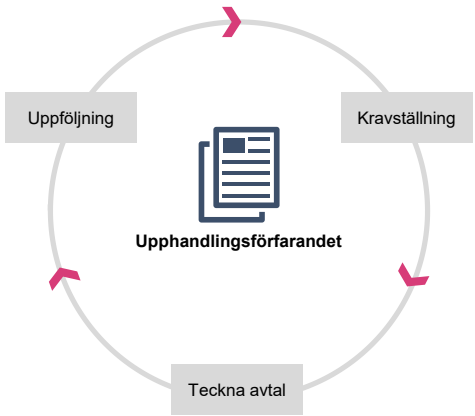
Omfattningen av vårdvalssystem skiljer sig åt mellan regionerna. I Region Skåne erbjöds i december 2020 vårdval inom elva områden inklusive primärvård. I Region Stockholm erbjöds vid samma tid vårdval inom 49 områden inklusive olika typer av primärvård, primärvården närliggande områden, annan specialiserad vård, och tandvård.

Gemensamt om avtalsförfarandet för LOU och LOV

När regionerna köper vård av privata vårdgivare sker det genom ett avtalsförfarande. Hur avtalen kommer till varierar beroende på vilken lagstiftning som gäller. Inom ramen för LOU och LOV kan avtalsförfarandet beskrivas med hjälp av *figur 6.4 och 6.5*, där begreppet upphandlingsförfarande används även för avtal enligt LOV. Figurerna illustrerar båda ett upphandlingsförfarande med de olika delarna kravställning, avtalstecknande och uppföljning. Beroende på vilken typ av avtal det är och hur långt avtalet sträcker sig kan processen i vissa fall ha ett mer linjärt upplägg, medan det i andra situationer är mer relevant att tala om en cirkulär process, där de olika stegen upprepas i olika avtalsförfaranden som har koppling till var-

andra. Oaktat detta visar de två figurerna att uppföljningen är en central del i avtalsförfarandet.

Figur 6.4 Upphandlingsförfarandet som en cirkulär process



Figur 6.5 Upphandlingsförfarandet som en linjär process



Avtal enligt LOL och LOF

Regionerna kan ha s.k. samverkansavtal med specialistläkare och fysioterapeuter inom ramen för lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). Läkaren respektive fysioterapeuten har en etablering som är personligt knuten till den egna personen, men själva verksamheten bedrivs normalt i bolagsform. Samverkansavtalen är i regel inte tidsbegränsade. Avtalen kan överlåtas enligt ett särskilt förfarande som är reglerat i LOL och LOF.

Det går att vara verksam enligt LOL inom de flesta kliniska specialiteter. De generella villkoren för vårdgivarens verksamhet regleras i LOL medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Sveriges Läkarförbund och SKR med regelbundna intervall. Ersätt-

ningarna beslutas av regeringen och fastställs i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Ersättningen är grupperade i enkla, normala och särskilda arvoden, specifika för varje specialitet och kopplade till patientbesök. När den sammanlagda ersättningen under ett kalenderår når upp till en viss nivå, som varierar för varje specialitet, reduceras ersättningen i två steg. Reduktionen över tak 1 är 50 procent och över tak 2 är reduceringen 100 procent.

För närvarande är cirka 670 läkare anslutna till nationella taxan.[37] De flesta arbetar som småföretagare.

Motsvarande ordning som för LOL gäller för LOF. De generella villkoren regleras i LOF medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Fysioterapeuterna (Professions- och fackförbundet för fysioterapeuter och sjukgymnaster) och SKR, och regleras i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Knappt 1 400 fysioterapeuter är för närvarande anslutna till den nationella taxan.[38] Mycket fysioterapi erbjuds också genom vårdvalssystem.

6.5 Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen

6.5.1 Lagbestämmelser om avtal och uppföljning

Skyldigheten att ange särskilda avtalsvillkor

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), följer att det av avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Skrivningen om särskilda villkor infördes 2005 och anledningen var att det bedömdes nödvändigt att betona att regionen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören (dvs. vårdgivaren) beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning.[39] Det finns inte någon närmare ledning i förarbetena om vilken typ av villkor som ska ingå i avtalen.[40] Avsikten var att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd rörande avtalen men några sådana har inte tagits fram.

Regionen har således ett ansvar att genom krav och avtalsvillkor säkerställa att regionens ansvar uppfylls även då vården överlämnas

[37] SKR (2021).
[38] SKR (2021).
[39] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[40] För en närmare beskrivning av olika förarbetsuttalanden, se kapitel 3.3.4.

till privata vårdgivare. Det är med andra ord inte möjligt att friskriva sig från ansvar genom att hänvisa till ofullständigt eller bristfälligt utformade avtal. För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionerna vidare, enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), KL, kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Av 10 kap. 9 § KL framgår också att regionen genom avtalet ska tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. Vidare framgår av 5 kap. 3 § KL att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare, dvs. bl.a. privata vårdgivare, och att det i programmet ska anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Regionens skyldighet att följa upp avtalen

Upphandlande myndighet har som huvudregel stor frihet att formulera kraven på det som ska upphandlas. Det finns dock vissa begränsningar, som i första hand följer av de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna.

Avtalsuppföljningen syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. En förutsättning för uppföljning är att kraven är tydligt reglerade i avtalen. Är kraven inte tydliga är det svårt för regionen att ta sitt ansvar för uppföljningen. Det är även viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet.

Regionens avtal med de privata vårdgivarna måste följa de principer som gäller för valfrihetssystem respektive upphandling, t.ex. proportionalitetsprincipen som innebär att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (1 kap. 2 § lagen [2008:962] om valfrihetssystem, och 4 kap. 1 § lagen [2016:1145] om offentlig upphandling, LOU). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska därför ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas. Kraven ska vidare vara både lämpliga

och nödvändiga för att uppnå syftet med upphandlingen. Det är även viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktsperioden. Kraven ska också vara möjliga att följa upp.[41]

I förarbetena till den tidigare insynsbestämmelsen i kommunallagen anges följande.

> När en kommun eller ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat entreprenör är normalt LOU tillämplig på förfarandet. Vid en upphandling bör upphandlingsdokumenten innehålla uppgifter om hur möjligheten till insyn ska regleras. När kraven på insyn ska formuleras är det viktigt att den upphandlande enheten inte ställer mer långtgående krav på leverantören än sådana som behövs och är ändamålsenliga för upphandlingen.[42]

> Avtalet mellan kommunen eller landstinget och den privata entreprenören bör innehålla närmare villkor om vilken information som ska lämnas in till huvudmannen. Vilken information som bör lämnas och hur ofta detta ska ske kan inte bestämmas generellt utan detta beror bl.a. på verksamhetens art. Det är inte ovanligt att en entreprenör bedriver annan verksamhet vid sidan av den överlämnade kommunala verksamheten. Förslaget om allmänhetens rätt till insyn omfattar dock endast den kommunala angelägenheten. De uppgifter som ska lämnas av entreprenören förutsätts inte vara av den arten att omfattande undersökningar och analyser krävs för att sammanställa och presentera dem. Uppgifterna ska finnas tillgängliga i verksamheten och sammanställningen av dessa ska normalt endast kräva en begränsad arbetsinsats.[43]

Det finns särskilda regler om regionernas verksamhetsuppföljning m.m. för de verksamheter som omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi i dessa lagar.

6.5.2 Vägledning till regionerna från olika aktörer

I förarbetena till förslaget om att införa en bestämmelse om att det i avtalet ska anges särskilda villkor, uttalar regeringen att den förutsätter att Socialstyrelsen, till ledning för sjukvårdshuvudmännen, behandlar entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.[44] Några

[41] För mer om de olika upphandlingsrättsliga principerna, se kapitel 3.7.2.
[42] Prop. 2001/02:80, s. 105.
[43] Prop. 2001/02:80, s. 138.
[44] Prop. 2004/05:89, s. 21.

sådana allmänna råd har, såvitt utredningen har erfarit, inte tagits fram. Inte heller IVO har någon vägledning. Det finns dock även andra aktörer som har till uppgift att ge vägledning i fråga om upphandling av hälso- och sjukvård.

Vägledning från Sveriges kommuner och regioner

Sveriges kommuner och regioner, SKR, är en medlems- och arbetsgivarorganisation som alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar i. SKR ger stöd åt regionerna i frågor om anskaffning av hälso- och sjukvård från externa leverantörer, ur olika perspektiv, tex. utifrån lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och stöd för uppföljning av verksamhet som överlämnats till privata vårdgivare. SKR erbjuder även regionerna nätverk och utbildningar inom dessa områden. Ett stort antal skrifter har tagits fram på dessa teman. Det finns dock inte några stöddokument till regionerna som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligfinansierade patienter och patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar.

Vägledning från Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska verka fören rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling. Myndigheten ska också ge upphandlingsstöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer. Stödet ska inriktas på att bl.a. bidra till att upphandlingar hanteras strategiskt, genom metodutveckling eller på annat sätt och bidra till att upphandlingar planeras, genomförs, följs upp och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt.

Myndigheten driver Valfrihetswebben, som är den nationella annonsplats där samtliga tjänster inom LOV ska annonseras. Inom ramen för sitt uppdrag som stödmyndighet har myndigheten bl.a. tagit fram vägledningar, t.ex. om avtalsuppföljning i allmänhet.

Upphandlingsmyndigheten har en Vägledning (nr 2 2017) *Avtalsuppföljning av vård och omsorg*. Det är en praktisk vägledning som ger stöd genom hela avtalsuppföljningsprocessen för vård och omsorg. Upphandlingsmyndigheten har även en Frågeservice dit bl.a. regioner kan vända sig för att ställa frågor. Vidare tillhandahåller Upphandlingsmyndigheten stöd om vilka krav som får ställas i upphandlingar. Det finns dock inte något stöd som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligt och privatfinansierade patienter.

Upphandlingsmyndigheten har visst stöd om hur beställarnätverk[45] fungerar och hur de kan bildas och har även haft regeringsuppdrag om beställarnätverk.[46] Myndigheten följer upp den Nationella upphandlingsstrategin (NUS). I det ingår att följa upp i vilken grad uppföljning av avtal görs. Detta har gjorts genom enkätundersökningar. Sedan den 1 januari 2021 är myndigheten även statistikmyndighet på området för offentlig upphandling.

Upphandlingsmyndighetens uppdrag beskrivs i förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Vägledning från Konkurrensverket

Konkurrensverket är förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och tillsynsmyndighet för offentlig upphandling. Myndighetens uppgift är att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna och en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. På konkurrensområdet arbetar Konkurrensverket med lagtillämpning och förebyggande åtgärder för konsumenternas bästa. Myndigheten lägger särskild vikt vid kartellbekämpning, att ingripa mot privata och offentliga aktörer som missbrukar en dominerande ställning på marknaden samt mot konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet.

På upphandlingsområdet är tillsynsverksamheten prioriterad med fokus på otillåtna direktupphandlingar. Särskild vikt läggs vid

[45] I beställarnätverk kan beställare på nationell, regional och lokal nivå arbeta tillsammans med behovsanalys, marknadsdialog och aktiviteter, för att samla köpkraft, kompetens och resurser från olika parter, och på så vis möjliggöra förnyelse, utveckling och innovation inom ett specifikt område.
[46] Upphandlingsmyndigheten 2019:3.

åtgärder för att underlätta för små och medelstora företag att delta i offentliga upphandlingar. Konkurrensverket har också i uppgift att verka för en enhetlig tillämpning av de nationella upphandlingsreglerna. Konkurrensverket har tillsyn över upphandlingslagstiftningen och valfrihetssystemen.

Myndigheten har till uppgift att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet och för en effektiv offentlig upphandling. I dess arbete ingår att informera om upphandlingsregelverken för att förebygga lagöverträdelser. Konkurrensverket har skrifter med introduktion till regelverket.

Även Konkurrensverket saknar dock stöddokument eller vägledningar som särskilt tar sikte på situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.

Konkurrensverkets uppdrag beskrivs i förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Samarbete mellan regionerna

Regionerna har vissa samarbeten i olika konstellationer gällande upphandlingsfrågor. T.ex. finns via Ledningsnätverket för regionernas upphandling (LfU) ett antal kategoriråd, t.ex. ett för upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster, där flera regioner ingår. Det finns också vissa samarbeten inom de s.k. sjukvårdsregionerna för viss upphandling (som dock ofta rör annat än hälso- och sjukvård, t.ex. tredjepartslogistik och kost till inneliggande patienter).

6.5.3 Skillnader mellan avtalen

Det finns skillnader mellan avtalen beroende på med stöd av vilket regelverk som upphandlingen sker. När det gäller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, fastställs volymen ofta i upphandlingsdokumentet (tidigare benämnt förfrågningsunderlag), och regionen upphandlar därmed ett visst antal vårdkontakter, eller vård för en viss summa. Vid upphandlingar enligt LOU förekommer det också att regionen anger en uppskattad volym.[47] När det gäller lagen

[47] Notera dock att EU-domstolen den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel* har uttalat att en takvolym alltid ska anges i ramavtal, utöver uppskattad volym.

(2008:962) om valfrihetssystem, LOV, avtalas inte om någon särskild volym utan tanken är att volymen ska följa av patienternas val. I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, anges inte heller någon volym i avtalen. Ersättningen till läkaren respektive fysioterapeuten förutsätter dock som huvudregel heltidstjänstgöring, och reduceras i två steg efter en viss volym, där reduceringen i steg två är 100 procent.

Det kan även finnas skillnader mellan avtal som upphandlas enligt samma regelverk. En form av avtal som upphandlas med stöd av LOU är s.k. vårdgarantiavtal. Sådana avtal benämns även kökapningsavtal. Avtalen innebär att patienten slussas vidare till en privat vårdgivare när regionen inte själv kan erbjuda vård i enlighet med vårdgarantin. I 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten om regionen inte uppfyller vårdgarantin. Vårdgarantiavtalen medför att patienten ofta kommer till den privata vårdgivaren efter att ha väntat på vård i regionens regi. Det kan dock även förekomma att regionen redan innan patienten har påbörjat väntan på vård bedömer att den inte kan ge vård inom vårdgarantin och därför slussar patienten vidare direkt till den privata vårdgivaren.

Det finns också andra typer av avtal som upphandlas med stöd av LOU, och dessa kan variera i omfattning, och röra allt ifrån en vårdgivares hela verksamhet till ett fåtal vårdkontakter. Skillnaden mot vårdgarantiavtalen är att dessa vårdgivare är en del av regionens ordinarie utbud, på så vis att en patient och en remitterande läkare kan vända sig direkt till vårdgivaren.

Även i vårdvalssystem inrättade enligt LOV kan patienten vända sig direkt till den vårdgivare hen vill vända sig till, och remitterande läkare kan också vända sig direkt till en viss vårdgivare.

En och samma vårdgivare kan ha flera olika avtal med olika regioner och för olika vårdområden som löper parallellt, och kan således samtidigt ha ett vårdgarantiavtal, ett annat typ av LOU-avtal och vara del i ett vårdvalssystem.

I *tabell 6.3* illustreras vissa skillnader mellan LOU och LOV.

Tabell 6.3 Jämförelse mellan LOU och LOV

	Avtal enligt LOU	Avtal enligt LOV
Förekomst	Enligt beslut i varje region – i första hand specialistvård	Obligatoriskt i primärvården – Förekommer i vissa fall i specialistvård
Anbud	Lämnas under en särskild tid	Kan lämnas löpande
Avtalslängd	Tidsbegränsat	Sällan tidsbegränsat[1]
Avtalsvillkor	Små möjligheter att ändra i upphandlingsdokument eller avtal under avtalsperioden	Möjligt att ändra i förfrågningsunderlag och avtal
Utvärdering	Anbudsutvärdering – den eller de aktörer som vinner upphandlingen	Ingen anbudsutvärdering – alla aktörer som uppfyller kraven får ingå avtal
Patientflöde	Regionen styr patientflöde och ersättningsmodell	Patienten väljer vårdgivare – ersättning följer patienten

1) Notera dock att avtal enligt LOV måste konkurrensutsättas med jämna mellanrum, se vidare i prop. 2008/09:29 s. 76.

6.5.4 Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen

Det kan finnas såväl praktiska som rättsliga svårigheter för regionerna att formulera avtalen med de privata vårdgivarna och sedan följa upp avtalen. Dessa svårigheter har beskrivits i flera propositioner och av statliga utredningar.[48] Utredningen beskriver översiktligt dessa utmaningar.

I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen. I flera propositioner och statliga utredningar beskrivs svårigheter för regionerna att, till följd av bestämmelserna om tystnadsplikt, kunna inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att följa upp verksamheten.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) gjorde bedömningen att det finns en tystnadspliktsgräns mellan privata utförare och den offentliga huvudmannen, och att det finns behov av bestämmelser som möjliggör att uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i vissa fall kan lämnas till den offentliga huvudmannen.[49]

[48] Se t.ex. SOU 2014:23, prop. 2016/17:166, SOU 2017:38 och Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[49] SOU 2014:23, s. 317 ff.

I propositionen från år 2016 om förslaget om att reglera vad som ska gälla för privata sjukvårdsförsäkringar uttalade regeringen följande:

> Relativt många remissinstanser, både sådana som är positiva och de som är negativa till förslaget som helhet, påtalar svårigheter för regionerna att följa upp och kontrollera om privata vårdgivare följer människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna, bl.a. till följd av bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Enligt vad regeringen erfarit finns det allmänt en osäkerhet i fråga om kommuners och landstings möjligheter att inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att granska den privata utförarens verksamhet.[50]

Regeringen anförde vidare att formerna för uppföljningen skulle kunna utvecklas. Regeringen föreslog att det i ett uppdrag till Socialstyrelsen borde ingå ett utvecklingsarbete för att stödja regionerna i att bättre kunna följa att ovan nämnda principer uppfylls.[51] Lagrådet avstyrkte dock regeringens förslag (bl.a. mot bakgrund av de stora rättsliga och praktiska svårigheterna med uppföljningen)[52] och riksdagen avslog propositionen, vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.[53]

Välfärdsutredningen uttalade år 2017 att det finns en tystnadspliktsgräns kring privata utförare, i fråga om uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, även i förhållande till den region som har huvudmannaansvaret för den hälso- och sjukvård som utförs.[54] För att regioner ska kunna fullgöra det ansvar de i egenskap av huvudmän har för hälso- och sjukvården kan det i vissa fall vara nödvändigt att ta del av identifierbara personuppgifter. Bestämmelserna om tystnadsplikt för privata utförare medför dock att detta i många fall inte är möjligt. Välfärdsutredningen föreslog därför att det införs en sekretessbrytande bestämmelse för att underlätta regioners möjlighet till uppföljning av välfärdsverksamhet som bedrivs av privata utförare på regionens uppdrag. Uppgiftsskyldigheten som föreslogs skulle gälla privata vårdgivare i förhållande till den region (huvudman) som enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvaret för att erbjuda den aktuella hälso- och sjukvården. En sådan privat vårdgivare skulle enligt förslaget lämna ut de personuppgifter

[50] Prop. 2016/17:166, s. 28.
[51] Prop. 2016/17:166, s. 28.
[52] Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.
[53] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[54] SOU 2017:37, s. 144.

som huvudmannen behöver för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, för administration, planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten, eller för att framställa statistik.[55] Utredningens förslag ledde inte till några ändringar avseende tystnadsplikten.

Vård- och omsorgsanalys slutsats i regeringsrapporten från år 2020 är att regionerna sammantaget tycker sig veta väldigt lite om den privatfinansierade vården, men också om de enskilda vårdgivare som de har avtal med. I många fall känner inte regionen till i vilken utsträckning vårdgivaren också har andra avtal, och de anser att de inte kan följa upp eller analysera på vilket sätt det i så fall påverkar patienterna med offentlig finansiering. Det bidrar till okunskapen om och svårigheterna att följa upp vården som ges genom privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys rekommenderar därför huvudmännen att se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med, i syfte att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. I det arbetet bör det bl.a. ses över hur den upphandlingsrättsliga proportionalitetsprincipen kan tolkas och tillämpas. Möjligheterna till regional medicinsk revision även för privatfinansierade patienter bör belysas. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Myndigheten bedömer också att om regionerna önskar stöd i arbetet bör regeringen överväga att bistå dem, förslagsvis genom en lämplig myndighet.[56]

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnade i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. Förslaget innebär ökade möjligheterna att dela uppgifter mellan regionen och vårdgivare och ger regioner möjlighet att följa upp den offentligfinansierade vården.[57]

Upphandlingsmyndigheten har i en skrivelse till Finansdepartementet påtalat att införandet av dataskyddsförordningen har lett till många frågor både från köparens och säljarens sida om hur person-

[55] SOU 2017:37.
[56] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 89 ff.
[57] SOU 2021:4, s. 33 ff. samt huvudsakligen kapitel 14.

uppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av kontrakt som har upphandlats i enlighet med upphandlingslagstiftningen och som innehåller sociala åtaganden för leverantören.[58] Upphandlingsmyndigheten konstaterar att det föreligger betydande osäkerhet om det finns rättsligt stöd för behandling av känsliga personuppgifter i samband med uppföljningen av kontrakt som innehåller sociala åtaganden för leverantörer. Upphandlingsmyndigheten föreslår därför att regeringen ser över regelverken.

6.6 Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning

6.6.1 Beskrivning av undersökningen

Utredningen har undersökt avtal och avtalsuppföljning vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Undersökningen är gjord för att få en ökad förståelse för regionernas köp av vård av privata vårdgivare, dvs. när privata vårdgivare bedriver vård på uppdrag av regionerna. Undersökningen har syftat till att få en övergripande bild av hur vårdgivares organisation ser ut och hur avtalen styr hur uppdragen genomförs och organiseras. Utredningen har även undersökt om, och i så fall vilka, avtalsvillkor som ställs rörande vårdgivarens övriga uppdrag samt hur sådana villkor i sådana fall följs upp. Utredningen har vidare utrett vilka eventuella utmaningar och svårigheter regionerna och vårdgivarna upplever med avtalsskrivandet och uppföljningen. Undersökningen har också syftat till att förstå hur de privata vårdgivarna ser på samarbetet med regionerna.

Utredningen bjöd in alla regioner till möten. 15 regioner deltog på ett eller flera möten. Regionmötena följdes upp med en enkät utskickad till upphandlingsansvariga i samtliga regioner. Utredningen har även haft möten och kontakter med sex olika privata vårdgivare och med Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi. I dessa kontakter har bl.a. vissa avtalsskrivningar diskuterats. Utredningen har därutöver granskat ett antal olika avtal mellan regioner och privata vårdgivare.

[58] Upphandlingsmyndigheten, UHM-2019-0284.

Undersökningen ska inte betraktas som heltäckande. I det följande beskrivs de viktigaste slutsatser som har framkommit i undersökningen.

De privata vårdgivarnas organisation skiljer sig åt

Av utredningens undersökning framgår att de privata vårdgivarnas organisationer skiljer sig åt. Det kan finnas skillnader som rör den juridiska personen, t.ex. vilken organisationsform som används och antalet juridiska personer, dvs. om verksamheten bedrivs i en koncernstruktur med olika dotterbolag. Aktiebolagsformen dominerar men verksamhet kan också drivas i stiftelseform, handelsbolag m.m. Det kan också finnas skillnader som rör själva verksamheten, t.ex. hur lokal och personal nyttjas för olika uppdrag.

En förenklad skiss på fyra huvudtyper av hur privata vårdgivare är organiserade framgår nedan i *figur 6.6*.

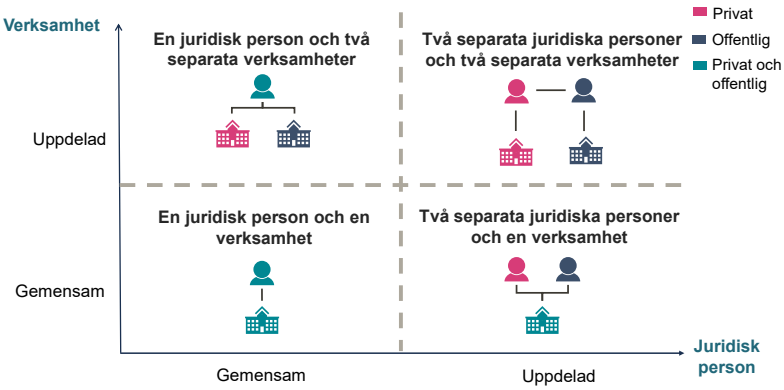
En privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan välja att bedriva verksamheten inom ramen för samma juridiska person (se de vänstra rutorna i figur 6.6 nedan). Vårdgivaren kan också välja att skapa flera bolag med olika juridiska personer men med gemensamt ägarförhållande (se de högra rutorna i figur 6.6).

Vad gäller verksamheten kan den bedrivas fysiskt på samma plats och med samma personal även när det finns flera olika uppdragsgivare (se de nedre rutorna i figur 6.6 nedan). Ett sådant sätt att organisera verksamheten benämns ibland som ”blandform” men utredningen undviker att använda det begreppet eftersom det kan leda till missuppfattningar om vad som avses.[59] Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.[60] En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården går att skilja från den vård som utförs med finansiering från det offentliga.

Verksamheten kan också bedrivas uppdelat i olika lokaler där personalen endast arbetar i förutbestämda delar av verksamheten (se de övre rutorna i figur 6.6).

[59] Se kapitel 2.5 om begrepp.
[60] Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24.

Figur 6.6 Privata vårdgivares organisation kan se olika ut



I utredningens kontakter med vårdgivare har framkommit exempel på flera olika lösningar enligt ovan.

En företrädare för vårdgivarkoncernen Aleris som utredningen varit i kontakt med har t.ex. uppgett att de organiserar vissa av sina vårdgivare enligt rutan högst upp till höger i bilden ovan, det vill säga att det är separata juridiska personer och separata lokaler och andra resurser, men att de också har flera vårdgivare där de kombinerar användandet av lokaler och resurser med offentligfinansierad vård, alltså enligt den nedre vänstra rutan.

En företrädare från en annan vårdgivarkoncern, GHP, som utredningen haft kontakt med har uppgett att de bedriver merparten av sina kliniker enligt den nedre vänstra rutan i bilden, där vårdgivarna tar emot både offentligt och privat finansierade patienter inom ramen för samma verksamhet (samma lokal, samma personal etc.).

Ett annat exempel som kan nämnas är Sophiahemmet AB, som dels är vårdgivare (genom sina egna verksamheter), dels är en hyresvärd för flera andra vårdgivare. Dessa vårdgivare är egna bolag, och således helt egna vårdgivare (med lite olika struktur), men delar infrastruktursystem med Sophiahemmets vårdgivare och har lokaler i samma område.

Sophiahemmets egna vårdgivare är uppdelade i tre olika mottagningar, en husläkarmottagning inom ramen för vårdvalet i Region Stockholm, en försäkringsmottagning, och en privatmottagning (för kontant betalande patienter). Dessa verksamheter bedrivs inom den

juridiska personen Sophiahemmet AB, men med separata verksamheter, och är därför att hänföra till den övre, vänstra rutan i figur 6.6.

En annan vårdgivare är Capio Sverige AB som är en stor vårdkoncern och har över 50 bolag. Verksamheten finns i hela Sverige men även utomlands (exempelvis Norge och Danmark). Capio är i sin tur en del av Ramsay Santé SA, en europeisk koncern med verksamhet i fem olika länder. Capios dotterbolag utgörs bl.a. av Capio S:t Görans sjukhus AB, Capio Närsjukvård AB, Capio Primärvård AB, Capio Lundby Sjukhus AB m.m. Dotterbolagen har olika inriktning, är lokaliserade på olika ställen i landet och varierar i storlek. Capio S:t Göran har exempelvis knappt 2 000 anställda medan andra bolag i koncernen har mellan 20–50 anställda. Capio S:t Göran AB är ett exempel på en verksamhet som enligt avtalet med Region Stockholm endast ska ta emot patienter med offentlig finansiering. Bolaget ingår dock i en koncernstruktur där andra bolag i koncernen tar emot patienter med privat finansiering. Enligt en företrädare för Capio som utredningen haft kontakt med har de nästan uteslutande valt att ha verksamheten under ett och samma tak oavsett finansieringsform, dvs. enligt den nedre vänstra rutan i figur 6.6.

Avtalen styr hur uppdragen genomförs

Som framgår ovan kan vårdgivaren välja hur den vill organisera verksamheten. Hur vårdgivaren kan utföra uppdragen och därmed organisera sig styrs dock till stor del av hur avtalen är utformade och vilket regelverk som styr. För det fall det gäller ett vårdval enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, kan en offentligfinansierad patient vända sig direkt till vårdgivaren efter att en eventuell remiss har utfärdats.[61] På delvis liknande sätt fungerar det med vårdgivare som verkar inom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, om vårdgivaren är en del av regionens ordinarie vårdutbud.[62] Är det i stället fråga om ett s.k. vårdgarantiavtal eller kökapningsavtal fungerar det, utifrån de avtal som utredningen har studerat, på ett annat sätt. En patient kan då inte vända sig direkt till en särskild

[61] Många gånger kan en patient vända sig direkt till vårdgivaren genom en s.k. egenremiss, och inom vissa områden finns inte något remisskrav.
[62] Huruvida patienten kan välja vårdgivare eller inte beror på hur många vårdgivare som utför den aktuella insatsen och hur avtalen med regionen ser ut, varför detta kan skilja sig åt mellan regionerna, men patienten kan remitteras eller vända sig direkt till aktuell vårdgivare.

vårdgivare, utan remissen utfärdas till regionen, i dess egenskap av vårdgivare, och det är först om regionen bedömer att den inte hinner ge vård inom vårdgarantin som remissen sänds vidare till en annan vårdgivare.

Vad som gäller i det enskilda fallet beror på vilka avtal regionen har med aktuell vårdgivare och vilka regler som i övrigt gäller kring t.ex. remiss. Det kan också vara olika system parallellt hos en och samma vårdgivare, exempelvis kan vårdgivaren ha avtal med flera regioner.

Förekomsten av olika typer av avtal

Av den enkät som har skickats ut till samtliga regioner framkommer att cirka hälften av avtalen mellan regioner och vårdgivare är tecknade enligt LOV och hälften enligt LOU. Det rör sig om cirka 500 avtal vardera. Det är emellertid stora variationer mellan regionerna när det gäller vilken avtalsform som är vanligast och hur många avtal regionerna har.

I Stockholm är vårdval vanligt förekommande inom specialistvården, men det förekommer även i några andra regioner i viss omfattning, t.ex. Uppsala och Halland.[63] År 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården och 65 valfrihetssystem inom öppen specialiserad vård och delar av slutenvården. Region Stockholm har störst antal valfrihetssystem, 39 införda vårdval, Region Uppsala och Region Skåne har vardera 11 vårdval. Fem regioner; Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten har enbart infört valfrihetssystem inom det obligatoriska området primärvård.[64]

Tillgänglighetsdelegationen har gjort en sammanställning av gällande vårdavtal i regionerna. Resultatet av den sammanställningen visar betydande variationer mellan regionerna när det gäller avtalsformer och vårdområden. Något entydigt mönster framträder inte. Vårdvalssystem enligt LOV tillämpas, utöver för primärvård som är obligatoriskt, exempelvis för ögonsjukvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, fysioterapi och medicinsk fotvård. LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna har ingått avtal med

[63] Uppgift från utsänd regionenkät.
[64] SOU 2021:59, s. 144.

privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Digitala vårdtjänster som distansgranskning av radiologiska undersökningar och telepsykiatri är andra exempel där privata vårdgivare har upphandlats. LOU-upphandlingar är även vanligt förekommande för neuropsykiatriska undersökningar.[65]

Avtalsvillkor om påverkan i vårdvalsavtal

När ett vårdval gäller inom ett visst vårdområde kommer alla vårdgivare som ansöker om att få delta i vårdvalet att få göra det, under förutsättning att de uppfyller alla ställda villkor. Eftersom patientens val av utförare styr hur många patienter som vänder sig till en viss vårdgivare kan det inte avtalas om någon särskild volym, och volymen kan förändras över tid.

Utifrån de kontakter utredningen haft med regionföreträdare framkommer att det är vanligare i avtal enligt LOV än vad det är i avtal enligt LOU att ställa krav på huruvida vårdgivaren får bedriva annan verksamhet, och att reglera att den verksamheten inte får ha negativ inverkan på åtagandet enligt avtalet. Som exempel kan nämnas ett vårdvalsavtal inom gynekologi i öppenvård i Region Uppsala där följande anges under rubriken *3.24 Vårdgivarens rätt att bedriva annan verksamhet:*

> Vårdgivaren ska följa lag om valfrihetssystem avseende rätten att bedriva annan verksamhet. Sådan verksamhet får dock aldrig inverka negativt på kvaliteten på vårdgivarens utförande av detta åtagande. Verksamhet som vårdgivaren bedriver utöver detta åtagande ska redovisningsmässigt hållas tydligt avskild från verksamheten i detta avseende.[66]

Avtalsvillkor om påverkan i vårdgarantiavtal

När vårdgarantiavtal (även benämnt kökapningsavtal) tecknas upphandlas som huvudregel en viss volym, även om det också förekommer taklösa varianter.[67] Som exempel på hur det fungerar med vårdgarantiavtal kan avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP

[65] SOU 2021:59, s. 150.
[66] Avtal gällande Gynekologi i öppenvård mellan Region Uppsala och Gyn Carsten AB, dnr UPPH 2013-0045, SHS2018-0059, datum 2019-03-15.
[67] Uppgift från regionintervjuerna från bl.a. Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Ortho Center i Göteborg[68] nämnas. Det avtalet gäller kökapning för ortopedi. Parterna har avtalat om ett specifikt antal bedömningsbesök, där en andel av dessa bedöms leda till operationer eller behandlingar. Det framgår specifikt av avtalet att avseende patienter som regionen skickar till vårdgivaren har primärvårdens handläggning av patienten bedömts som avklarad. Vårdgivaren kan därmed inte åberopa ytterligare bedömning inom primärvården. Avrop från avtalet sker från regionens sida på det sätt regionen önskar. Enligt avtalet ska vårdgivaren erbjuda bedömningsbesök inom 30 dagar och operation eller behandling inom 60 dagar, från det att beslut har fattats om operation eller behandling.

Av vad utredningen har erfarit är det ofta som patienterna har väntat på behandlingsbesök eller operation under relativt lång tid, efter det att primärvårdens handläggning är avklarad. Avrop sker således först när regionen bedömer att den inte kommer kunna erbjuda vård i egen regi inom den väntetidsgaranti som gäller, och ibland redan när den har passerats.

I fråga om privatfinansierade patienter har vårdgivaren en större frihet att besluta om ytterligare utredning om sådan skulle behövas. Det beror på att vårdgivaren blir ansvarig för patienten i ett tidigare skede än enligt avtalet med regionen. Tidpunkten för ansvaret påverkar också hur stort inflytande vårdgivaren har på det totala antalet dagar som en patient väntar på vård. När det gäller privatfinansierade patienter (försäkring eller egen betalning) kan vårdgivaren styra över det totala antalet dagar patienten väntar.

I fråga om privata vårdgivare som har vårdgarantiavtal med regioner framgår utifrån de kontakter utredningen haft med regioner och privata vårdgivare, att alla patienter behandlas på samma sätt och av samma personal utom i de fall där särskilda regler för karens eller bisyssla gäller, se nedan. Vården faktureras sedan till olika aktörer. Det kan därför uppfattas som att verksamheterna är sammanblandade, på så vis att det inte görs någon åtskillnad i lokal som nyttjas, eller vilken personal som behandlar vilken patient. I faktureringsstadiet behöver dock vårdgivaren veta vem som ska bli fakturamottagare. Det kan också finnas krav på att olika journalsystem används.

[68] Avtal HS201800290-02 mellan Västra Götalandsregionen genom Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och GHP Ortho Center Göteborg, datum 2018-06-12.

Avtalsvillkor om bisysslor och karens

Av utredningens undersökning framgår att vissa avtal innehåller villkor som rör personalen och då i fråga om bisysslor och karens. Bl.a. framgår av avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP Ortho Center att personal som är anställd hos regionen, men också hos vårdgivaren och har det senare som en godkänd bisyssla, inte får behandla patienter som är folkbokförda i regionen. Sådan personal får därmed endast behandla patienter vars vård någon annan än Västra Götalandsregionen finansierar, dvs. någon annan region eller privat finansiering av något slag. I ett fall som detta behöver vårdgivaren ha kontroll över vilken läkare som behandlar offentligfinansierade patienter. Vid eventuell hög patientinströmning eller läkarfrånvaro kan väntetiderna hos den privata vårdgivaren påverkas, beroende på vilka läkare som arbetar. På samma sätt kan det fungera om karenskrav gäller som hindrar personal att behandla patienter från den region där man tidigare varit anställd.

Medicinska prioriteringar av patienter hos vårdgivare som har flera uppdragsgivare

De privata vårdgivare som har flera avtal inom ramen för samma verksamhet, så att de t.ex. tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inom ramen för samma verksamhet, behöver både göra en medicinsk prioritering av patienterna och förhålla sig till olika avtalade tidsgränser.[69] I avtalen med regionerna anges att olika åtgärder ska ske senast inom den lagreglerade väntetidsgarantin, eller i förekommande fall enligt den kortare väntetidsgaranti som regionen tillämpar. Det rör sig oftast om mellan 30–90 dagar. I avtalen med försäkringsbolagen är det andra tidsgränser som gäller; ofta ska ett besök ske inom 3–7 dagar, och en operation inom 14–21 dagar.

[69] Detta blir inte i samma utsträckning aktuellt för de vårdgivare som endast tar emot patienter från samma uppdragsgivare, t.ex. en region, och således bara har ett avtal som styr verksamheten. Även om dessa vårdgivare självklart också behöver prioritera mellan patienterna, och skillnader i väntetider kommer att uppstå, är det inte olika avtalade tidsgränser att förhålla sig till om vårdgivaren endast har en uppdragsgivare. För det fall en vårdgivare har avtal med två regioner, som tillämpar olika väntetidsgarantier, kan dock samma fråga aktualiseras. De diskussioner som utredningen haft med privata vårdgivare i denna del har dock huvudsakligen fokuserat på offentligfinansierade respektive privatfinansierade patienter.

I kontakter med vårdgivare har de uppgett att de behandlar samtliga patienter, dvs. oavsett om det är fråga om offentligfinansierade eller privatfinansierade patienter, på samma sätt vad gäller den medicinska prioriteringen. Vissa undantag finns dock. Som nämnts ovan medför de bestämmelser som finns om bisyssla och karens i några avtal att viss personal som omfattas av dessa regler inte får behandla alla patienter. Det kan också i avtalen finnas begränsningar kring vad den privata vårdgivaren får besluta om i fråga om ytterligare medicinsk utredning av de offentligfinansierade patienterna. I övrigt uppger vårdgivarna att det inte görs någon åtskillnad mellan patienterna beroende på finansieringsform eller andra faktorer. Det har också uttryckts från något håll att den behandlande läkaren inte ens vet om patienten är offentligfinansierad eller privatfinansierad, om denne inte aktivt tar reda på det (t.ex. genom att titta i bokningssystemen).

De privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har alla uppgett att de vid planeringen i ett första skede gör en medicinsk behovsbedömning av samtliga patienter, i enlighet med 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Tidsbokning sker först därefter med beaktande av de olika avtalade tidsgränserna. Vidare har de uppgett att de har utrymme för att prioritera om för det fall det skulle behövas, t.ex. för att en patient blir försämrad i sitt tillstånd och därmed har ett större medicinskt behov av vård.

Vårdgivarna har beskrivit för utredningen att det i många fall rör sig om likartade besvär, och således likartade behov, som ska behandlas hos samma vårdgivare. T.ex. har många patienter som är i behov av en knäoperation ungefär samma behov av en sådan operation. Den faktiska behovsbedömningen kan därför i praktiken komma att bli väldigt likartad för flera patienter.

Utredningen har inte haft möjlighet att granska detta ytterligare och har t.ex. inte tagit del av beslutsstöd eller andra dokument som beskriver hur den medicinska bedömningen går till. Inte heller har utredningen haft möjlighet, eller rättsligt stöd, för att kunna ta del av t.ex. journaler för att göra en medicinsk granskning.

Information från IVO:s vårdgivarregister

Det framgår av lag att en vårdgivare behöver vara anmäld till IVO:s vårdgivarregister för att påbörja eller förändra en verksamhet.[70] Ansvaret för anmälan ligger på den privata vårdgivaren, men regionerna har i egenskap av huvudmän också ett ansvar att säkerställa att deras avtalsparter uppfyller de lagstadgade skyldigheterna. Utredningen har i den enkät som har skickats ut till samtliga regioner frågat om regionerna begär in utdrag från IVO i samband med upphandling för att säkerställa att vårdgivaren är anmäld till vårdgivarregistret. Ungefär hälften av regionerna begär in sådana utdrag. Någon region har också anfört att den kontrollerar om det finns något tillsynsärende eller någon anmälan på personalen. Flera regioner har därmed svarat att de inte inhämtar några uppgifter från IVO, även om vissa av dessa uppgett att de skriver i upphandlingsdokumenten att anmälan krävs, men att de inte kontrollerar att så skett.

6.6.2 Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven

Utmaningar med att ställa krav om flera uppdragsgivare

Av utredningens undersökning har framkommit att de flesta regioner har avtal med privata vårdgivare som i sin tur har avtal med andra uppdragsgivare. Ett fåtal regioner kunde inte svara på frågan då de inte har tillgång till den uppgiften, och någon enstaka region svarade nej. Ungefär hälften av regionerna ser ett behov av att ha information om vårdgivaren har avtal med andra uppdragsgivare som löper parallellt, och hälften ser inte ett sådant behov.

Trots att flera regioner ser ett behov av att veta om det finns andra uppdragsgivare har ingen region svarat att de begär in den informationen regelmässigt för alla avtalsparter. En region har dock uppgett att den gör det regelbundet när det gäller avtal enligt LOV och en annan region gör det när det gäller avtal enligt LOL och LOF, men alltså inte för avtal enligt LOU.

I kontakten med regionerna har några uppgett att de inte frågar om information om andra uppdragsgivare för att de befarar att det kan påverka intresset av att delta i regionens upphandling. Andra har

[70] Se 2 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

tagit upp gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet. Regionerna har då uppfattat att de saknar möjlighet att fråga om respektive ställa krav på sådant som har en koppling till vårdgivarens övriga uppdrag. Det beskrivs som juridiskt oklart vilken information regionerna får begära in. Flera regioner ställer därför inte krav i relation till den privata vårdgivarens andra uppdrag, t.ex. i fråga om hur de olika uppdragen får påverka varandra.

Att gränsen kring upphandlingsföremålet upplevs som otydlig beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i regeringsrapporten från 2020. Myndigheten beskriver att de regioner som myndigheten haft kontakt med har uppgett att proportionalitetsprincipen i LOU och LOV hindrar dem från att kräva insyn i den del av vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering för att på så vis följa upp den offentligfinansierade delen. Vård- och omsorgsanalys skriver att regionerna bör se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.[71]

Utmaningar med uppföljningen

Av utredningens undersökning har framkommit att flera regioner ser utmaningar med uppföljningen av sina avtal. De regioner som anser sig ha minst svårigheter med uppföljningen är, förenklat beskrivet, de regioner med minst antal avtal. De regioner som har många avtal har ganska samstämmigt beskrivit en resursbrist avseende sådan uppföljning som inte sker på förekommen anledning (t.ex. för att brister av något slag har uppmärksammats). Flera regioner har uttryckt en viss skepsis till uppföljning som använder sig av jämförelser mellan vårdgivares olika uppdrag, t.ex. i fråga om det skiljer sig markant avseende väntetider mellan regionens patienter och patienter som får sin vård finansierad från annat håll (kontant, försäkring, annan region etc.). Det har uttryckts som att regionen inte kan bli en kontrollmyndighet på regional nivå.

Vissa regioner har vidare beskrivit en dikotomi mellan å ena sidan ansvaret som huvudman och å andra sidan ett partnerbaserat samarbete. Detta har uttryckts som att man strävar efter ett samarbete och dialog där arbetet ska vara tillitsbaserat, och det kan då vara svårt att gå in med skarpa uppföljningar.

[71] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 11 och 77.

Utredningen har också i undersökningen tagit upp de förändrade bestämmelserna i kommunallagen (nuvarande 10 kap. 8–9 §§) som reglerar uppföljning och insyn, med exempel på faktorer som nämns i förarbetena[72]. Flera regioner uttryckte att dessa faktorer till viss del var nyheter för dem, och att de inte har tänkt på vissa av faktorerna som en del i uppföljningen eller för att garantera insyn.

6.6.3 Slutsatser av undersökningen

Utifrån den undersökning som utredningen har gjort och i kontakter med både företrädare för regionerna och för de privata vårdgivarna framgår det att flera regioner inte brukar ställa detaljerade krav, varken på vad som ska efterlevas eller vad som ska följas upp, för att säkerställa att den privata vårdgivaren följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och andra regler vad gäller de offentligfinansierade patienterna i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen har endast kunnat identifiera några få uttryckliga skrivningar som rör påverkan på det som regionen upphandlat från andra uppdrag.

Utredningens uppfattning är att många regioner upplever det som oklart vilka krav de ska, får och bör ställa gentemot de privata vårdgivarna för att säkerställa en god och patientsäker vård i fråga om de offentligfinansierade patienterna. Regionerna upplever också i många fall att de saknar resurser att göra denna bedömning. Det saknas tillräckligt med vägledning i form av stöddokument och mallar. Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte heller några standardmallar eller annan vägledning som regionerna kan använda för just dessa situationer. Det finns också rättsliga begränsningar i form av en tystnadspliktsgräns mellan de privata vårdgivarna och regionerna samt upphandlingsrättsliga principer rörande det s.k. upphandlingsföremålet. Det finns således både rättsliga och praktiska svårigheter med kravställning och uppföljning av avtal från regionens håll i samband med att den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

[72] Prop. 2013/14:118, s. 94 f.

6.7 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har ansvaret för hälso- och sjukvården och finansieringen av densamma beskrivits. Regionens ansvar i egenskap av huvudman har vidare belysts. Olika kategorier för drift av vård, dvs. offentlig respektive privat drift i relation till offentlig respektive privat finansiering har beskrivits. Regioners och privata vårdgivares roller i egenskap av avtalsparter med varandra har belysts, bl.a. genom en diskussion kring vilket ansvar regionen har för vård som lämnas över till annan att utföra, avseende såväl avtalsskrivning som uppföljning.

Utredningens undersökning, bestående bl.a. av intervjusessioner med företrädare för regioner och privata vårdgivare, samt en enkät till upphandlingsansvariga personer inom regionerna har vidare redogjorts för.

Som framgår i kapitlet är regionen huvudman för all offentligfinansierad vård, oavsett om den bedrivs av regionen, i egenskap av vårdgivare, eller av en privat vårdgivare. Den privata vårdgivaren som bedriver vård på regionens uppdrag kan samtidigt ha andra uppdragsgivare, t.ex. försäkringsbolag. I sådana situationer är det alltjämt endast den vård som regionen lämnat över till den privata vårdgivaren som är offentligfinansierad och som regionen alltså är huvudman för.

Det varierar över landet hur mycket vård som regionerna har lämnat över till privata vårdgivare, samt om detta skett med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. I Region Stockholm t.ex. är nästan all specialiserad öppenvård organiserad inom ramen för vårdval. Regionens köp från privata vårdgivare uppgår till cirka 17 procent av all producerad vård. I de flesta andra regioner är upphandling enligt LOU vanligast. Flera regioner köper mindre än 2 procent av den totala producerade specialistvården av privata vårdgivare.

I egenskap av huvudman har regionen ett långtgående ansvar för att kontrollera och följa upp verksamheten som bedrivs på deras uppdrag. Detta ansvar tas framför allt genom formuleringen av upphandlingsdokument och uppföljningen av avtalen. Kraven som ställs i avtalen behöver vara relevanta och proportionerliga, men också garantera regionen tillräcklig insyn och kontrollmöjlighet. Kraven behöver också vara möjliga att följa upp och vara kopplade till sanktioner.

Hur regionerna utövar sitt ansvar som huvudmän varierar mellan regionerna. Vilka krav som ställs och vilken information som efterfrågas varierar, och det skiljer sig också åt hur man jobbar med uppföljning. En del av förklaringarna som har framförts avseende utmaningarna med detta handlar om resursbrist, kunskapsbrist om bl.a. hur långt huvudmannaskapet sträcker sig och frågor om tystnadsplikt samt en önskan om att arbeta mer med samarbete än kontroll – ofta kopplat till en farhåga att leverantörer annars inte vill delta i regionens upphandling.

Sammanfattningsvis finns det därmed flera utmaningar för regionerna i egenskap av huvudmän för vården. Vilka utmaningarna är varierar delvis beroende på regionens storlek och geografiska läge samt vilken mängd vård som köps av privata vårdgivare.

7 Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar

7.1 Brist på information om privatfinansierad vård

Det finns inte några myndigheter som i dag samlar in uppgifter om finansiering av hälso- och sjukvården. Den officiella statistik som finns om betalning med privata sjukvårdsförsäkringar finns i Hälsoräkenskaperna[1] och utgör en uppskattning utifrån inbetalda premier.[2]

I detta kapitel beskrivs allmänt register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården men som saknar uppgifter om just finansieringsform och/eller specifikt privata sjukvårdsförsäkringar, till följd av att denna information inte finns tillgänglig.

Bristen på information rent allmänt inom hälso- och sjukvården har lyfts av ett flertal statliga utredningar och myndigheter. Välfärdsutredningen konstaterar att det finns stora brister vad gäller register och annan information som är nödvändig för att utveckla statistik och andra kunskapsunderlag i välfärden.[3] Denna brist påtalas även av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.[4] I propositionen *Statistik på upphandlingsområdet* betonas behovet av bättre upphandlingsstatisk, bl.a. för att möjliggöra bättre beslutsunderlag samt ökade möjligheter till styrning och uppföljning.[5] I SOU 2020:36 uttalas att bristande tillgång till data ibland är ett problem, både på nationell och lokal nivå. Vidare anges att frågan också handlar om att rätt aktör ska ha rätt information i rätt tid,

[1] Hälsoräkenskaperna är en del av SCB:s nationalräkenskaper.
[2] Se vidare i kapitel 5.9.
[3] SOU 2017:38, s 13.
[4] SOU 2018:39, s. 298.
[5] Prop. 2018/19:142, s. 42.

vilket ställer krav på strukturerade data, interoperabilitet samt juridiska och tekniska förutsättningar.[6]

IVO skriver i delrapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, att när offentlig sektor planerar reformer är behovet av statistik ofta svagt beskrivet.[7] Endast ett av direktiven till offentliga utredningar inom Socialdepartementet under åren 2019–2020 innehöll ett tydligt uppdrag om att förbättra statistiken, nämligen uppdraget S 2020:12 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.[8] Ett skäl till detta kan, enligt IVO, vara kopplat till strävan att inte belasta informationslämnarna mer än nödvändigt. Ett annat skäl kan vara kopplat till hur rätten att inhämta informationen är reglerad. En svaghet med denna utgångspunkt är emellertid enligt IVO att informationen i huvudsak riskerar bli ett glest indikatorsystem, utan möjlighet till djupare analys som skapar ökad kunskap och insikt.[9]

Vård- och omsorgsanalys påtalar att det saknas information om hur patientvolymer fördelar sig mellan offentligt och privat finansierad vård, t.ex. via försäkringar, och föreslår att regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.[10]

I prop. 2017/18:131 uttalades att såvitt det är känt finns det inte några forskningsresultat om priskänslighet att tillgå för privata sjukvårdsförsäkringar.[11] Regeringen uttalade vidare följande.

> Som regeringen har konstaterat i tidigare sammanhang, har betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till den offentligt finansierade vården inte varit föremål för någon djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur minskad förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar skulle påverka den offentliga hälso- och sjukvården.[12]

Denna utredning har haft svårigheter med att få fram uppgifter för att på ett heltäckande sätt kunna beskriva och analysera förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter och konsekvenser på hälso- och sjukvården. Det saknas t.ex. data som följer patien-

[6] SOU 2020:36, s. 176.
[7] IVO delrapport (2020), s. 16.
[8] Dir. 2020:81.
[9] IVO delrapport (2020), s. 29.
[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 10 och 94 f.
[11] Prop. 2017/18:131, s. 36.
[12] Prop. 2017/18:131, s. 37.

ten hela vägen genom vårdkedjan och som visar hur vården finansieras, hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring, försäkringsföretagarnas branschorganisation, tillhandahåller statistik om privata sjukvårdsförsäkringar. Det är privata vårdgivare som tar emot patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar. Bestämmelser om offentlighetsprincipen och allmänna handlingar gäller inte på samma sätt som för vård i offentlig regi. Det finns således rättsliga begränsningar i vilka uppgifter som går att ta del av från Svensk Försäkring, försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna.

I och med att det saknas myndighetsinformation om privata sjukvårdsförsäkringar är det svårt för staten, regioner, tillsynsmyndigheter, forskare, allmänhet och vårdgivare att ta reda på vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården exempelvis i form av prioriteringar i vården och väntetider, men även avseende förtroendet för och tilliten till välfärdssamhället.

7.2 Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare

I kapitel 3.13.2 beskrivs de bestämmelser som reglerar IVO:s vårdgivarregister närmare. Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO. Alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, är anmälningspliktiga. Huvudsyftet med anmälningsplikten är att IVO ska få kännedom om de verksamheter som IVO har tillsynsansvar för.[13]

Vårdgivarregistret saknar i dag information om finansieringsform för vården, dvs. om vårdgivare bedriver offentligfinansierad vård, privatfinansierad vård eller både och. Utredningen har även erfarit att det finns brister i täckningsgrad i dagens vårdgivarregister. Det har varit svårt för utredningen att beskriva omfattningen av de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och särskilt beskriva omfattningen av de vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det har därmed varit svårt för ut-

[13] IVO:s hemsida.

redningen att helt exakt beskriva vilka vårdgivare som berörs av utredningens förslag. För en närmare redogörelse för hur utredningen har försökt att gå till väga för att få fram de uppgifterna, se kapitel 16.2.2.

7.3 Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården

Det saknas uppgifter om de faktiska kostnaderna för hälso- och sjukvård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar till de privata vårdgivarna för vården. Det saknas också uppgifter om hur mycket patienter betalar kontant för privat vård.

De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar kommer från Hälsoräkenskaperna som finns hos SCB. Till Hälsoräkenskaperna samlas det inte in någon data direkt från företag eller organisationer, utan det är data som redan finns tillgänglig, framför allt data från Nationalräkenskaperna, som används. Däremot finns det en rapporteringsskyldighet för regioners vårdkostnader.[14] Beträffande uppgifterna om hur mycket vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar används en modell som utgår från premieinkomsterna. Uppgifterna om premier hämtas in från Svensk Försäkring, och fördelas sedan i en administrativ del och en transfereringsdel.[15]

7.4 Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter

År 2018 förändrades beskattningsreglerna för privata sjukvårdsförsäkringar som finansieras av arbetsgivaren. Sedan 2018 är förmån av icke offentligt finansierad hälso- och sjukvård en skattepliktig förmån.

I dag särredovisas inte uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar i kontrolluppgiften till Skatteverket. Förmånen ska anges i

[14] Se kapitel 3.13.5.
[15] Uppgifter från SCB 2021-01-29.

ruta 012 och rutan benämns *Skattepliktiga förmåner utom bilförmån och drivmedel vid bilförmån*. I rutan ska det sammanlagda värdet av andra förmåner än just bilförmån och drivmedel vid bilförmån redovisas. Det kan således handla om värdet av förmån av fri kost, fria läkemedel, fri parkering, fri bostad, fri semesterbostad, fri telefon och fria tidningar m.m. utöver uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar.

7.5 Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ansvarar för patientregistret som innehåller uppgifter om behandlingar och sjukdomar i den svenska specialistvården. Syftet med registret är att:

- följa hälsoutvecklingen hos befolkningen över lång tid,
- förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar,
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling, och
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Patientregistret innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i sluten och specialiserad öppen sjukvård. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi, och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Patientregistret omfattar även väntetider på akutmottagningar vid sjukhus samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987. Den specialiserade öppenvården tillkom 2001. Uppgifter från primärvården finns inte i registret. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom primärvården. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021.[16]

Även om registret innehåller uppgifter om privata vårdgivare är finansieringsform inte specificerat. Det går således inte utifrån registret att få fram uppgifter om huruvida patienten har betalat för

[16] Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården ur egen ficka eller använt sig av en privat sjukvårdsförsäkring eller om vården är offentligfinansierad.

7.6 Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården

Nationella Kvalitetsregister är en särskild kategori uppgiftssamlingar som finns inom hälso- och sjukvården, främst inom medicinska specialiteter. De har oftast byggts upp genom frivilliga initiativ av specialistföreningar för att användas som stöd för kvalitetsutveckling i det kliniska arbetet. Gemensamt för kvalitetsregistren är att inrapporteringen sker till följd av ett frivilligt åtagande från vårdgivarnas sida.[17]

Ett kvalitetsregister innehåller som regel individbaserade uppgifter om diagnoser, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. De svenska kvalitetsregistren utgör en stor tillgång för svensk hälso- och sjukvård och tandvård. De har och har haft en central roll i flera framgångsrika förbättringsarbeten i vården och kan användas för att utvärdera och jämföra kliniska resultat, patientsäkerhet och hälsoekonomi på lokal, regional och nationell nivå. Kvalitetsregistren är också värdefulla källor för forskning och innovation.[18]

Det första svenska Nationella Kvalitetsregistret startades på initiativ av en ortoped på 1970-talet och registren kom inledningsvis att utvecklas inom ortopedin. Utvecklingen har därefter skett successivt. I början av 1990-talet ökade intresset för evidensbaserad medicin och kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården, och med det även intresset för kvalitetsregister som ett verktyg för uppföljning. Mot bakgrund av att registren har startats på initiativ av professionen skiljer sig registren i uppbyggnad och omfattning från varandra. Detta tillsammans med att de kan vara olika väl förankrade i hälso- och sjukvården bidrar till att täckningsgraden kan variera.

[17] Prop. 2007/08:126, s. 176.

[18] SKR (2020). Överenskommelsen gäller från den 1 juli 2020. Den 2 september 2021 gav regeringen E-hälsomyndigheten i uppdrag att i en förstudie beskriva och lämna förslag på hur myndigheten eller annan relevant myndighet kan skapa och tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Regeringen beskriver i uppdraget att hälsodata i dag ofta lagras på olika sätt hos olika vårdgivare och i flera olika regioner, vilket skapar brister i t.ex. informationshanteringen och lägesöversikter. En mer sammanhållen infrastruktur för Nationella Kvalitetsregister kan bidra till att höja vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten, effektivisera resursanvändningen i hälso- och sjukvården samt stimulera till forskning, utveckling och bidra till en mer datadriven hälso- och sjukvård.

År 2010 publicerades rapporten *Guldgruvan i hälso- och sjukvården*[19], som var en översyn av de nationella kvalitetsregistren. Rapporten togs fram i samarbete mellan regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (numera SKR). I rapporten lades det fram ett förslag om en gemensam femårig satsning på de Nationella Kvalitetsregistren i syfte att utveckla de Nationella Kvalitetsregistren och deras potential. Mot denna bakgrund slöts en femårig överenskommelse mellan staten och SKR om en satsning på kvalitetsregister för 2012–2016. Därefter har parterna slutit årliga överenskommelser. Den femåriga satsningen har utvärderats. En central del av den pågående förändringen är att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och uppföljning av svensk hälso- och sjukvård och användas mer än i dag för förbättringsarbete.[20]

För att stödja kvalitetsregistren under start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys finns registercentrumorganisationerna (RCO) bestående av sex regionala registercentrum (RC) samt sex regionala cancercentrum (RCC). Alla Nationella Kvalitetsregister är anslutna till ett RCO.[21] Inför att regionala register- och cancercentrum kan rekvirera medel via Socialstyrelsen måste vissa organisatoriska förutsättningar uppfyllas inom respektive samverkansregion.[22]

De Nationella Kvalitetsregistren finansieras gemensamt av staten och SKR genom en årlig överenskommelse. I överenskommelsen om Nationella Kvalitetsregister m.m. för 2021 är inriktningen att fortsätta det arbete som sedan tidigare slagits fast i en flerårsplan som togs fram 2018 där bl.a. ökade förutsättningar för registerbaserat förbättringsarbete är en del. Regeringen gav i januari 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva, analysera och lämna förslag på hur SKR samt respektive regions arbete med Nationella Kvalitetsregister inom psykiatriområdet kan förbättras.

För närvarande finns drygt 100 Nationella Kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.[23]

[19] SKR (2010).
[20] SOU 2020:36, s. 178.
[21] https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.54333.html
[22] Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[23] https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html

Socialdepartementet har i en promemoria lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum. Förordningen innehåller bestämmelser som gör det möjligt för regioner som är huvudmän för regionala register- eller cancercentrum att ansöka om medel för kvalitetregisterverksamhet som bedrivs där. Det föreslås att Socialstyrelsen ska fördela statsbidrag enligt förordningen. Statens medel kommer att betalas ut via Socialstyrelsen till regionala registercentrum eller regionala cancercentrum, i stället för att betalas ut av SKR. Promemorian remitterades i december 2020 och är nu föremål för beredning.

7.6.1 Register som innehåller uppgifter om finansieringsform

Av vad utredningen har erfarit innehåller i dag Obesitasregistret *(SOReg – Scandinavian Obesity Surgery Registry)* och Svenska ryggregistret *(Swespine)* uppgifter om finansieringsform. Förutom de registren kommer det Nationella Kvalitetsregistret för assisterad befruktning *(Q-IVF)* att införa uppgifter om finansieringsform.

I Ryggregistret är variabeln om finansiering utformad som en fråga med två svarsalternativ och ska då besvara om operationen har finansierats med antingen offentliga eller privata medel. Variabeln om finansiering lades till i registret för att möjliggöra en utvärdering om patienter med olika försäkringar rapporterade likartat utfall efter ryggkirurgi. Den typen av studie har i dagsläget inte gjorts, främst beroende på att det har funnits många andra intressanta frågor att undersöka.[24]

I Obesitasregistret är även där variabeln utformad som en fråga, men med tre svarsalternativ: Hur finansieras patientens operation?

1. Offentliga medel.
2. Sjukvårdsförsäkring (privat eller kopplad till anställning etc.).
3. Patienten betalar själv.

Utifrån uppgifter i Obesitasregistret kan ett flertal olika slutsatser dras av den fråga som ställs. Bl.a. kan slutsatsen dras att privata kliniker opererar en del patienter utanför de indikationer som gäller i

[24] Information från registerhållaren för Ryggregistret.

offentlig vård (i detta fall på lägre BMI). I privat vård sker en selektion på det viset att man opererar enklare fall dvs. inte patienter med andra komplicerande sjukdomar. Mellan år 2014–2019 betalade var femte patient själv för sin operation. Andelen som får operationen betald av en försäkring var dock så liten som mindre än 0,5 procent och visar inte några tecken på att öka.[25]

I Obesitasregistret årsrapport från 2019 dras en rad slutsatser om frågan om finansieringsform. Där tas det bl.a. upp att i den allmänna politiska debatten har det hävdats att vården är ojämlik därför att en grupp människor får vård via försäkringar och därigenom får en bättre tillgänglighet än de som går via det offentliga systemet. Enligt rapporten karakteriseras dock inte vården av personer med sjuklig fetma som riskerar att dö i förtid, få en rad följdsjukdomar och utsättas för fördomar och diskrimineringar i samhället av det problemet. Tvärtom är bilden, enligt rapporten, att den offentliga sjukvården med minskad tillgänglighet tvingar allt fler att själva betala för sin vård. Det råder en stor ojämlikhet i landet. 2019 betalade exempelvis 40 procent av patienterna i Södermanland för vården privat vilket var högst i Sverige. I Västerbotten var det 5 procent av patienterna som betalade privat, vilket var lägst i Sverige. Rikssnittet låg 2019 på 78,3 procent offentligfinansierad vård och 21,6 procent privatfinansierad vård. I rapporten tas det vidare upp att det kan finnas en liten grupp patienter som väljer att själva betala för operationen för att få välja var den ska utföras eller av andra skäl. Det finns också patienter som opereras utanför de indikationer som tillämpas inom offentlig vård.[26]

7.7 Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider

Vårdgarantin innebär att vård ska erbjudas inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas som förs av SKR.[27] Det finns ett bemyndigande

[25] Information från registerhållaren för Obesitasregistret och SOReg:s årsrapport 2019.
[26] SOReg:s årsrapport 2019, s. 18 f.
[27] Prop. 2009/10:67, s. 46.

för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

Regionerna rapporterar mått på uppföljning av aktiviteter för att minska väntetiderna och ge vård inom vårdgarantin. Den inrapporterade datan återkopplas till regionerna i form av olika sammanställningar och rapporter, som utgör ett underlag för olika förbättringsarbeten inom vården. Via webbplatsen *Väntetider i vården* är siffrorna också publika och kan följas av profession och allmänhet. Väntetidsdatabasen är i stor utsträckning uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och tidigare kömiljarden, vilket innebär att det i första hand är tidsgränserna i dem som mäts och följs upp.[28] Av regelverket framgår att det är regionerna som omfattas av rapporteringsskyldigheten.

Rapporteringen till väntetidsdatabasen behandlas i överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso-och sjukvården 2021* som ingåtts mellan SKR och staten.[29] Överenskommelsen avser medel till sådan hälso- och sjukvård som är offentligfinansierad, oavsett vem som utför dessa. Även offentligt finansierade privata aktörer ska därför kunna få ta del av medlen i enlighet med överenskommelsen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelsen genomförs. Beroende på hur avtalen ser ut med de privata vårdgivarna skickar regionen de privata vårdgivarnas data till väntetidsdatabasen. Om regionen inte kan göra det kan de privata vårdgivarna själva skicka datan till SKR:s väntetidsdatabas.

Enligt Vård- och omsorgsanalys ingår de privata vårdgivarna i databasen om regionen har anmält enheten och om den har rätt förutsättningar att redovisa de efterfrågade uppgifterna.[30] Privat verksamhet som inte bedrivs på uppdrag av regionen rapporteras inte in till databasen.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården utifrån väntetidsdatabasen.[31]

[28] SKR:s hemsida och Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.
[29] I juli 2021 beslutades *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Tilläggsöverenskommelsen kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* som beslutades av parterna i december 2020.
[30] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.
[31] Socialstyrelsen 2020-12-7066.

Även Vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen följt upp vårdgarantin och lämnade år 2015 rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (Rapport 2015:5). I denna rapport ifrågasätter Vård- och omsorgsanalys statistikens tillförlitlighet mot bakgrund av hur registreringen genomförs. Vård- och omsorgsanalys föreslår att väntetidsdatabasen utvecklas på flera punkter och skriver att täckningsgraden behöver klargöras och kravet på privata vårdgivare bör stärkas.[32] I rapporten anges vidare att det inte finns något generellt krav på att privata aktörer ska rapportera till väntetidsdatabasen, utan det beror på hur avtalet med landstinget ser ut. Då privata vårdgivare är ett betydande inslag i svensk hälso- och sjukvård är det viktigt och rimligt att den privat utförda vården går att följa upp på samma sätt som offentligt utförd vård. Vård- och omsorgsanalys slutsats är att kravet på privata vårdgivare att rapportera behöver stärkas, och inte enbart vara betingat på enskilda avtal.[33]

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* föreslår en utökad rapportering avseende primärvården till väntetidsdatabasen.[34] I den proposition som följde på utredningen valde regeringen i stället att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla uppföljningen av primärvården.[35] Det arbetet hos Socialstyrelsen har bl.a. lett fram till en delrapport om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I rapporten föreslås att patientregistret utvidgas med uppgifter om primärvården.[36]

Under år 2020 har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntetiden har uppstått för den enskilda patienten. Det innebär att det beträffande patienter som t.ex. på grund av vårdgarantiavtal[37] har remitterats vidare till en annan vårdgivare går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna. Tidigare gick det endast att se patientens samlade väntetid.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i betänkandet SOU 2021:59 förslag som handlar om att utveckla och förbättra väntetidsdatabasen, se kapitel 4.1.1 och utredningens förslag i kapitel 13.10.

[32] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 144 f.
[33] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 145.
[34] SOU 2018:39, s. 298.
[35] Prop. 2019/20:164, s. 48 f.
[36] Socialstyrelsen 2021-2-7223.
[37] För mer om detta och andra sorters avtal, se kapitel 6.

7.8 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har beskrivits att det råder stor brist på myndighetsdata som handlar om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har redogjorts för register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården, men som saknar närmare information om privata sjukvårdsförsäkringar. Information som berör privata sjukvårdsförsäkringar kan behövas för olika syften och ha olika karaktär. Syftena kan handla om att det behövs data för forskning, för regionernas uppföljning och för IVO:s tillsyn. Karaktären på uppgifterna kan skifta från data på aggregerad nivå till individdata.

En av bristerna handlar om att det saknas officiell statistik om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas en nationell infrastruktur med information om hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar. Den data som finns hos SCB utgör en uppskattning utifrån premier och ingen exakt siffra.

En annan brist som utredningen har sett är att det saknas officiella data om vilka vårdgivare som utför vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar. Det saknas information om nyttjandegraden, dvs. i vilken utsträckning de privata sjukvårdsförsäkringarna utnyttjas. Den typen av data kan vara viktig för regionernas uppföljning av de privata vårdgivarna och för IVO:s tillsyn. Utredningens ser även att det finns brister avseende information om patienters väntan på vård. T.ex. ingår inte väntetider till den privatfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

8 Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen

8.1 Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna

I detta kapitel analyseras den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen.

Det finns även andra etiska regler inom hälso- och sjukvården. Flera värdepåståenden som är centrala för dagens medicinska etik och sjukvårdsetik relaterar till en mycket lång tradition, exempelvis från den grekiske läkaren Hippokrates (cirka år 400 f.Kr.) skrifter. En mer aktuell summering av de vanligaste medicinetiska avvägningarna ges av Beauchamp och Childress[1] som formulerat fyra inte rangordnade principer; att inte skada patienten, att låta patienten bestämma (autonomi), att eftersträva rättvisa, och att göra gott. Dessa principer (eller plikter) kan sällan uppfyllas helt och samtidigt, utan konkurrerar ofta med varandra, vilket är en utgångspunkt för den medicinetiska reflektionen. Prioriteringsfrågorna faller huvudsakligen in under principen om rättvisa (rättvis fördelning av begränsade resurser). Vårdprofessionernas internationella och nationella organisationer har i många fall utformat etiska regler där sådant som konfidentialitet och tystnadsplikt, saklighet och opartiskhet, att låta patientens medicinska behov styra vården oberoende av andra faktorer hos patienten, vanligen lyfts fram. Den medicinska etiken kan i vissa delar återfinnas i lagstiftningen.

Som beskrivs i kapitel 2 har utredningen tagit del av den förhållandevis omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. rörande privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska

[1] Beauchamp och Childress (2001).

plattformen. Utredningen har inte bedömt det nödvändigt att sammanställa de olika åsikterna utan kan konstatera att det inte framkommer någon gemensam syn på etiska plattformen och förhållandet till privata sjukvårdsförsäkringar. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i denna fråga. Vissa menar att privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen.[2] Andra är av en annan uppfattning och menar att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inte följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Man menar att patienter med försäkringar ”går före i kön och får en gräddfil till vården” och ”får snabbare vård” och att privata försäkringar därför är i strid med behovs-solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL. Liknande kritik förs ibland fram mot regionerna i egenskap av huvudmän och att de inte ställer tillräckliga krav i avtalen med de privata vårdgivarna.[3]

I direktivet till utredningen[4] anges att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges att utredningen ska lämna förslag som 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.

I detta kapitel beskrivs regionens och den privata vårdgivarens ansvar för den offentligfinansierade vården och de offentligfinansierade patienterna. Diskussionen är framför allt intressant när den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och har olika tidsgränser i avtalen att förhålla sig till. Den privata vårdgivaren är ansvarig för den vård som den utför. Även regionen har dock, i egenskap av huvudman, ansvar för den offentligfinansierade vården som utförs av den privata vårdgivaren.[5] IVO:s tillsynsansvar omfattar all vård, oavsett finansieringsform och

[2] Se t.ex. Svensk Försäkring: www.svenskforsakring.se/om-forsakring/myter-om-sjukvardsforsakring/myt-1/, (hämtad den 2 augusti 2021) och Vårdföretagarna: www.vardforetagarna.se/2019/12/apropa-forsakringspatienter-hos-privata-vardgivare/ (hämtad den 22 januari 2021).
[3] Se t.ex. Katalys (2020), s. 12.
[4] Dir. 2020:83.
[5] Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Den närmare innebörden av regionens ansvar som huvudman beskrivs i kapitel 6.

drift, dvs. oavsett om det är en offentlig eller privat vårdgivare och oavsett om vården är offentligfinansierad eller privatfinansierad.

Beskrivningarna i kapitlet fokuserar framför allt på ansvaret utifrån den etiska plattformen som regleras i HSL och då särskilt på bestämmelsen om att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Anledningen till att utredningen fokuserar på behovs-solidaritetsprincipen är att diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar på senare tid fokuserat på den principen.[6] Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den s.k. etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Därutöver finns även andra viktiga grundläggande principer som gäller för all vård, dvs. för alla vårdgivare och oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelsen om en god hälsa och en vård på lika villkor. I kapitel 3 finns en närmare redogörelse för dessa bestämmelser.

Eftersom den etiska plattformen är reglerad i HSL kommer utredningens beskrivning av ansvaret, både regionens och vårdgivarens, ske genom att tillämpa sedvanlig juridisk metod. Utredningen går således först igenom vad som framgår direkt av lagstiftningen. Sedan beskrivs vad som anges i förarbetena till lagstiftningen i syfte att ta reda på hur lagstiftningen ska tolkas. Därefter diskuteras kring tillsynsmyndigheten IVO:s praxis om hur lagstiftningen ska tillämpas. Även andra myndigheters riktlinjer och rapporter m.m. som rör behovs-solidaritetsprincipen beskrivs, bl.a. Socialstyrelsen. Det förs ett resonemang om väntetider utifrån diskussionerna om vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av försäkringar. Kapitlet avslutas med slutsatser och sammanfattning.

I kapitel 11 beskrivs privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till eller kan leda till inom hälso- och sjukvården. Vissa av resonemangen i det kapitlet har kopplingar till frågan om förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen, särskilt analysen om undanträngning.

[6] Se t.ex. utredningens direktiv, Dir. 2020:83.

8.2 Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

I detta avsnitt beskrivs hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen utifrån vad som följer av lagstiftning, förarbeten, praxis och övriga rättskällor. Det som är intressant för denna utredning är framför allt situationer när privata vårdgivare tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter och har olika väntetider utifrån vårdgarantin respektive tidsgränser i avtal att förhålla sig till.

Även om det i den allmänna debatten har fokuserats mycket på just behovs-solidaritetsprincipen är det inte möjligt att enbart titta på den principen. Behovs-solidaritetsprincipen är en integrerad del av den etiska plattformen och avsikten är att den ska ses som en helhet. Utredningens uppfattning är även att plattformens principer ses som en helhet i praktiken.

8.2.1 Riksdagsbeslut om etiska plattformen

De tre etiska principerna; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, utgör den etiska plattformen. De är beslutade av riksdagen och bildar grund för riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[7]

I betänkandet som låg till grund för riksdagens beslut angavs bl.a. följande.

> Utskottet instämmer i de principer som enligt propositionen bör ligga till grund för prioriteringar inom vården nämligen människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer utgör en etisk plattform. Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. De riktlinjer som regeringen lägger fram i proposi-

[7] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

tionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.[8]

8.2.2 Lagtext om etiska plattformen

Människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen kom att ligga till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, med följande formulering: ”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”. Kostnadseffektivitetsprincipen är reglerad i 4 kap. 1 § HSL där det anges att ”Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”. Den principen är underordnad de båda andra principerna.[9]

8.2.3 Förarbeten m.m. om etiska plattformen

Etiska plattformen

Den etiska plattformen infördes 1997 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Till grund för lagstiftningen låg Prioriteringsutredningens betänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). En huvuduppgift för Prioriteringsutredningen var att överväga vilka etiska principer som bör ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Centralt för utredningen var hur målet om en god hälsa och vård på lika villkor för alla skulle kunna klaras av utan att nya resurser tillförs vårdområdet i den takt som gällt tidigare. Bedömningen var därför att frågan om prioriteringar under 1990-talet skulle komma att bli än mer central i debatten om sjukvården än den varit hittills. I direktiven angavs bl.a. att utredningen ska diskutera vad som bör vara hälso- och sjukvårdens ansvarsområde, vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska stå för och vad den enskilde patienten själv bör betala.[10]

[8] Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.
[9] Prop. 1996/97:60, s. 21.
[10] Dir. 1992:8.

De allmänna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården kallas också prioriteringsplattformen och består av tre grundläggande etiska principer.

- Människovärdesprincipen, dvs. alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs-solidaritetsprincipen, dvs. att resurser ska fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, dvs. att en rimlig relation mellan kostnader och effekter, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de andra två använts.[11]

Som skäl för att införa den plattform som gäller i dag uttalade regeringen följande:

> Denna etiska plattform innebär ingen ändring av den grundläggande inriktningen av svensk hälso- och sjukvård utan är snarare en förstärkning och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Principerna ansluter således nära till de värderingar och förhållanden som i dag gäller inom hälso- och sjukvården.
>
> Principerna kan synas självklara, men det är ändå viktigt att de formuleras. Att principerna innehåller grundläggande värderingar som redan i dag till stor del genomsyrar vården innebär inte att det är onödigt att de läggs fast. Att just dessa tre principer blir vägledande för prioriteringsbeslut i vården innebär samtidigt att vissa andra grunder för prioriteringar förkastas eller anses mindre lämpliga som grund för prioriteringar.
>
> Det går inte att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Oklara och svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Genom den etiska plattformen finns emellertid förutsättningar för klarare och mer medvetna ställningstaganden. Den anger ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Till sist ligger ansvaret på alla dem som har att fatta beslut om prioriteringar som rör hälso- och sjukvården. Den etiska

[11] Prop. 1996/97:60, s. 18 ff.

> plattformen anger då en inriktning, ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.[12]

Prioriteringsutredningen betonade att principerna är rangordnade och kan komma i konflikt med varandra. Då anger människovärdesprincipen den grundläggande yttre ramen för prioriteringar, att behovs-solidaritetsprincipen styr flertalet prioriteringar och att kostnadseffektivitetsprincipen endast kommer till användning i särskilda situationer.[13] Rangordningen är dock föremål för diskussion bland forskare och andra aktörer, där framför allt kostnadseffektivitetsprincipens roll har debatterats.[14]

Prioriteringsutredningen resonerade även kring andra principer men de föreslogs inte att ingå i plattformen.[15]

Människovärdesprincipen

Den högst rankade principen är människovärdesprincipen. Regeringen uttalade i förarbetena att ”hela vårt demokratiska styrelseskick är uppbyggt kring föreställningen om alla människors lika värde. Det är därför naturligt att människovärdesprincipen som är grundläggande för hela samhället också är den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården.”[16]

Principen anger att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade. Ingen människa är i detta avseende förmer än någon annan. Hälso- och sjukvården får inte prioritera sina insatser utifrån människors personliga egenskaper eller funktion i samhället. Olika faktorer som begåvning, social ställning, inkomst, ålder m.fl. får inte inverka på de val som

[12] Prop. 1996/97:60, s. 19.
[13] SOU 1995:5, s. 121.
[14] Se exempelvis Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.
[15] Se SOU 1995:5, s. 121 ff. Det handlade om:
• *Nyttoprincipen* med en innebörd att det som gör störst nytta för flest människor ska väljas.
• *Lotteriprincipen* som kan definieras som att alla människor bör ha lika stor chans att få del av sjukvårdens resurser. Räcker inte dessa får man låta slumpen avgöra.
• *Efterfrågeprincipen* med innebörd att man bör satsa på det som är mest efterfrågat. Vanligen sammanfaller efterfrågan och behov. Utredningen ville att efterfrågan beaktas först sedan de av utredningen tre fastslagna principerna tillgodosetts.
• *Självbestämmandeprincipen*. God vård innebär bl.a. respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten har rätt att avstå från eller avbryta en behandling. En patient har däremot inte rätt att få en behandling, som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet och inte heller att få en viss typ av undersökning eller remiss till sådan. Det kan därvid uppstå en konflikt mellan prioriteringar och självbestämmande.
[16] Prop. 1996/97:60, s. 20.

hälso- och sjukvården gör. Människovärdesprincipen anger att prioriteringar inte får göras på basis av personliga egenskaper, ålder och ställning i samhället. Denna princip räcker därför inte som urvalskriterium. Om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade, kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. Ett urval utifrån behov måste då göras.[17]

Behovs-solidaritetsprincipen

I propositionen uttalades att människovärdesprincipen inte är tillräcklig som grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta hänger samman med att om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. För att komma till rätta med denna problematik utan att komma i konflikt med människovärdesprincipen finns behovs-solidaritetsprincipen. Den beskrivs på följande sätt i förarbetena:

> För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något mer än människovärdesprincipen. Utredningen har föreslagit att behovs-solidaritetsprincipen, tillsammans med människovärdesprincipen, ska ligga till grund för prioriteringar. Utredningen har formulerat det som att ”resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst”. När verksamheter tas upp avses alltså mer övergripande och politiska prioriteringar och när individer tas upp avses dess tillämplighet vid kliniska prioriteringar.[18]

I propositionen uttalas vidare att:

> Behovs-solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso- och sjukvård. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.
>
> Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Skälet att använda denna princip är att

[17] SOU 2001:8, s. 33.
[18] Prop. 1996/97:60, s. 19.

> den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.[19]

Kostnadseffektivitetsprincipen

Principen om kostnadseffektivitet innebär att vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör hälso- och sjukvården eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Principen är underordnad människovärdesprincipen och behovssolidaritetsprincipen.[20]

När riksdagen beslutade om att ställa sig bakom regeringens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården uttalades att kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen använts.[21]

Kostnadseffektivitetsprincipen finns reglerad i 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, där det står att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Av förarbetena till den bestämmelsen blir det tydligt att den bestämmelsen inte gäller för helt privatfinansierad verksamhet. Det uttrycks på följande sätt i propositionen.

> Det finns inte något särskilt skäl till att krav på kostnadseffektivitet ska eller kan ställas beträffande helt privat finansierade verksamheter. I den mån en verksamhet tillhandahåller hälso- och sjukvård som finansieras via både offentliga och icke-offentliga medel bör den delen av verksamheten som är offentligt finansierad omfattas av bestämmelsen.[22]

I propositionen från när den etiska plattformen antogs, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, uttalade regeringen att:

> En tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen vid fördelning av resurser för vård av olika sjukdomar försvåras av att effekterna inte alltid går att jämföra på ett rättvisande sätt. Därför bör kostnadseffektivitets-

[19] Prop. 1996/97:60, s. 19 f.
[20] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[21] Bet. 1996/97:SoU14.
[22] Prop. 2016/17:43, s. 96.

> principen endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom.[23]

I propositionen tog regeringen upp att flera remissinstanser haft synpunkter på kostnadseffektivitetsprincipen. De flesta instämde med utredningens förslag till rangordning av principerna. Flera remissinstanser pekade dock på att minskade ekonomiska ramar för hälso- och sjukvården kommer att påverka möjligheterna att tillgodose behov och att kostnadseffektivitetsprincipen i det praktiska arbetet skulle kunna få en större vikt än vad utredningen förutsåg. Som svar på kritiken uttalade regeringen följande.

> Vi är medvetna om att de förhållanden som flera instanser pekat på i dag är en realitet i många landsting. Kravet på kostnadseffektivitet har således fått en annan tyngd än tidigare. Vi menar dock att det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort. En kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilda patienten måste tillämpas som utredningen föreslår och vara underordnad principerna om människovärde och behov-solidaritet. [24]

Kostnadseffektivitetsprincipen diskuteras fortsatt aktivt, bl.a. avseende den betydelsen den har fått inom Tandvårds- och läkemedelsverkets och NT-rådets (rådet för nya terapier) verksamhetsområde angående prioriteringsbeslut avseende läkemedel och medicintekniska produkter.[25]

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prioriteringar är intimt sammanknippade med den etiska plattformen. I Prioriteringsutredningen som föregick införandet av den etiska plattformen beskrivs prioriteringar på följande sätt.

> Ordet prioritera betyder att sätta före. Det som är viktigt eller angeläget går före det som är mindre viktigt eller mindre angeläget. Prioritering innebär att något väljs och något annat väljs bort eller senareläggs.

[23] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[24] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[25] Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 93 f.

Inom sjukvården skiljs på två typer av prioriteringar:

- prioritering genom val mellan medicinska åtgärder där hänsyn till patientens behov – inte primärt kostnaden – är vägledande
- prioritering på grund av brist på resurser.

Den förstnämnda typen av prioritering kan lyfta fram viktiga och svåra frågor men väcker sällan allmän debatt. Prioritering av resursskäl aktualiserar svåra etiska problem och en rad frågor som är av allmänt intresse; t.ex. på vilka grunder, hur och av vem prioriteringar beslutas. Gränsen mellan de två typerna av prioriteringar är dock flytande. De kan också kombineras med varandra och resursbrist kan påverka valet av medicinska åtgärder.[26]

Vidare tog prioriteringsutredningen upp följande.

Prioriteringar av resursskäl har alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården. De kan ske dolt eller öppet, med eller utan angivande av grunder, mer eller mindre medvetet. Behovet av prioriteringar blir tydligare och prioriteringarna svårare när gapet ökar mellan patienternas behov och tillgängliga resurser.[27]

Prioriteringsutredningen tog också upp följande om alternativ till prioriteringar.

Gapet mellan behov och resurser kan hanteras på flera sätt. Det kan ske genom rationalisering och effektivisering, tillskott av resurser, snävare avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvar, kvalitetsförsämringar och prioriteringar. Gränserna mellan de olika åtgärderna är flytande och ofta kompletterar de varandra.[28]

Regeringen uttalade även i propositionen att de val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården alltid grundar sig på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst for att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.[29]

[26] SOU 1995:5, s. 45 f.
[27] SOU 1995:5, s. 46.
[28] SOU 1995:5, s. 48.
[29] Prop. 1996/97:60, s. 13.

Prioriteringar på olika nivåer

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården är av flera slag och sker på olika nivåer. Det kan gälla prioritering på statlig nivå, på region- eller kommunnivå, sjukvårdsområdesnivå eller på individnivå. Prioriteringsutredningen gjorde en indelning i politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Den politisk/administrativa prioriteringen tar sig uttryck i beslut om resursfördelning, medan beslut som rör en enskild patient fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ansvar.[30]

På den kliniska nivån avgörs dels vilka enskilda patienter som ska få behandling, dels val av behandlingsmetod etc. för den enskilda patienten. Prioriteringen blir då i hög grad beroende av hur läkaren och övrig sjukvårdspersonal i samråd med patienten bedömer hens behov. Här förekommer också val av metoder och fördelning av resurser till särskilda grupper.[31]

Vertikala och horisontella prioriteringar

Prioriteringar som görs mellan olika verksamheter eller mellan olika sjukdomsområden kallas horisontella. Dessa är i allmänhet inriktade på gruppnivå och inte individinriktade. Besluten rör resursfördelning mellan olika verksamhetsområden och mellan stora sjukdomsgrupper, t.ex. mellan öppen och sluten vård eller mellan njursjukvård och ögonsjukvård. Denna typ av prioritering görs huvudsakligen i det politiska systemet, dvs. det är i första hand politikerna som fattar beslut om avvägningen mellan verksamhetsområden. En satsning på viss verksamhet innebär i många fall att resurser till en annan verksamhet minskar.[32]

Med vertikal prioritering avses val inom ett diagnos- eller sjukdomsområde. Sådan prioritering handlar om hur vården ska utformas, enligt vilka principer enskilda patienter och patientgrupper ska få vård och val av insats för en enskild patient. Denna typ av prioritering görs ofta av personalgrupperna och besluten fattas huvudsakligen inom ramen för personalens eget ansvar eller med stöd av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Den vertikala prioriteringen på-

[30] Prop. 1996/97:60, s. 28.
[31] Prop. 1996/97:60, s. 28.
[32] SOU 2001:8, s. 37.

verkas givetvis av hur den horisontella görs, dvs. vilken inriktning det politiska systemet vill ge verksamheten och hur mycket resurser som avsätts. Ansvaret för prioriteringsprinciperna och prioriteringen i det enskilda fallet är dock i huvudsak en fråga för de medicinskt verksamma yrkesgrupperna.[33]

Prioriteringsgrupper och riktlinjer för prioritering

Utöver den etiska plattformen tog Prioriteringsutredningen även fram riktlinjer för prioriteringar genom att lista olika prioriteringsgrupper, rangordna dessa, samt exemplifiera och resonera kring vad som skulle ingå i varje grupp. Grupperingen bygger på den etiska plattformen. Regeringen fastslog följande grupper:[34]

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
- Ofrivillig barnlöshet, uttalad kortväxthet samt vissa psykiska besvär och personlighetsdrag

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

[33] SOU 2001:8, s. 38.
[34] Prop. 1996/97:60, s. 30.

Prioriteringsgrupperna är tänkta att användas som underlag för beslut både vad gäller politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Det är inte så att behoven behöver täckas helt inom en prioriteringsgrupp innan resurser läggs på en lägre grupp. Däremot ska behovstäckningen i högre prioriteringsgrupper vara högre än i lägre prioriteringsgrupper.

Riksdagens socialutskott uttalade följande i samband med att den etiska plattformen beslutades.

> Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. […] De riktlinjer som regeringen lägger fram i propositionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.[35]

Dessa prioriteringsgrupper har kommit att ifrågasatts av olika aktörer utifrån att man inte i tillräcklig grad tagit hänsyn till att tillstånd som omfattas av de olika grupperna kan variera i svårighetsgrad men även att olika åtgärder som ska vidtas mot dessa grupper (beroende på vilken patientnytta eller kostnadseffektivitet de har) bör prioriteras olika.[36]

Regeringen förutsatte att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd på området i enlighet med riktlinjerna.[37] Utredningen är av uppfattningen att så också har skett för vissa områden, se mer i kapitel 8.4.

Vid Linköpings universitet tillskapades Prioriteringscentrum, som är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg. Vid centrumet arbetar man med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet fungerar också som ett kunskapsstöd för regioner, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter gällande prioriteringar. Centrumet bildades år 2001 på uppdrag av dåvarande Nationella rådet för vårdpolitik,

[35] Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.
[36] SOU 2019:29, s. 41 f.
[37] Prop. 1996/97:60, s. 38.

ett samarbetsorgan mellan Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, och ingick då organisatoriskt som en del i Landstinget i Östergötland. Huvudfinansiärer i dag är Socialdepartementet, Region Östergötland och Linköpings universitet.

År 2006 enades, på initiativ av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum, ett flertal aktörer inom svensk hälso- och sjukvård och regioner kring en modell för att tolka och tillämpa den etiska plattformen för prioriteringar på gruppnivå. Ambitionen var att skapa en gemensam begreppsapparat och struktur, för att kunna göra rangordningar på mer likartade grunder. Modellen, som kom att kallas *Modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård*, är tänkt att vara ett stöd i diskussioner kring vad som enligt den etiska plattformen ska tas hänsyn till vid rangordning av olika hälsotillstånd och dess åtgärder. Modellen bygger på att olika tillstånd kombinerat med olika åtgärder bedöms och rangordnas.[38]

Vid Prioriteringscentrum har det publicerats en rad rapporter genom åren, bl.a. rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*[39] från 2015 som tas upp nedan.

Särskilt om den etiska plattformen och privat driven och finansierad vård

Utredningen har undersökt vilka uttalanden som återfinns i förarbetena till HSL angående frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen. Utredningen har funnit det vara av intresse att även beskriva uttalanden om privat finansiering i stort, dvs. t.ex. genom att patienter betalar kontant för vården. Även förarbetsuttalanden om privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, är av intresse att beskriva.

SOU 1995:5 – Vårdens svåra val

Prioriteringsutredningen uttalade att ”utredningens uppfattning är att all offentligt finansierad verksamhet oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat – skall omfattas av allmänt accepterade riktlinjer

[38] Prioriteringscentrum 2019:1, s. 14.
[39] Prioriteringscentrum 2015:3.

för prioriteringar som fastställts av samhället”.[40] Utredningen uttalade vidare att:

> Utredningen anser att det i princip inte är acceptabelt att en patients vilja och förmåga att själv betala sin hälso- och sjukvård får ha inflytande på väntetidens längd eller vårdens medicinska kvalitet inom den gemensamt finansierade vården, vare sig den sker i offentlig eller privat regi. Samtidigt kan samhället knappast förbjuda den som så önskar att helt på egen bekostnad komma i åtnjutande av vård även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder. Det ankommer på tillsynsmyndigheten att övervaka kvaliteten av all vård och att vid behov ingripa, bl.a. med stöd av de lagändringar som utredningen föreslår.[41]

I betänkandet påpekades det, i samband med en genomgång av olika styr- och finansieringssystems effekter på prioriteringar, att valfriheten har ökat på senare år på så sätt att patienternas rätt att välja vårdgivare har ökat men att det finns skillnader mellan olika regioner. Det finns positiva effekter kring detta men också oönskade konsekvenser av den utökade valfriheten. T.ex. kan läkarna väntas bli mer benägna att gå med på undersökningar, provtagningar, remisser etc. som efterfrågas av aktiva och krävande patienter, men som man egentligen anser har ett begränsat medicinskt värde. Det förekommer också att en vårdgivare (sjukhus) får olika ersättningar för patienter från olika landsting eller beställarenheter.[42]

I övrigt saknas i betänkandet diskussioner kring privat vård och då särskilt den privatfinansierade vården.

Prop. 1996/97:60 – Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

I propositionen uttalade regeringen bl.a. att ”prioriteringar av enskilda patienter kan aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”[43]

Vidare uttalade regeringen att:

> Tillämpningen av de etiska principerna kan komma att skilja sig åt mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Även om synen på prioriteringarna vore enhetlig kvarstår det faktum att olika huvudmän har olika ekono-

[40] SOU 1995:5, s. 72.
[41] SOU 1995:5, s. 132.
[42] SOU 1995:5, s. 62.
[43] Prop. 1996/97:60, s. 11.

> miska förutsättningar. Även om patientgrupperna skulle rangordnas på samma sätt kommer behovstäckningen att variera över landet. Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen är i och för sig ingen ny företeelse, men i en situation med knappa resurser blir konsekvenserna mer uppenbara. Det är emellertid varje enskild huvudmans ansvar att under iakttagande av de grundläggande etiska principerna planera och genomföra sin hälso- och sjukvård utifrån lokala förutsättningar.[44]

På temat privatfinansierad vård uttalade regeringen följande.

> En patients vilja och förmåga att själv direkt betala sin hälso- och sjukvård är en annan prioriteringsgrund som kan komma i konflikt med människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen. I princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. skall därför inte utgöra grund för prioritering.[45]

Regeringen uttalade vidare att:

> En förutsättning för ett fortsatt starkt stöd för en hälso- och sjukvård som är solidariskt finansierad och vänder sig till alla är att det finns en förståelse för de prioriteringar som är nödvändiga och efter vilka principer dessa görs. Det krävs en bred och öppen demokratisk debatt där allmänheten, patienter, den medicinska professionen och politiker deltar. Den fortsatta processen med att sprida information och underlätta förståelsen för beslut om prioriteringar i vården är en angelägen uppgift.[46]

Angående Socialstyrelsens tillsynsansvar uttalade regeringen att ”en av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet genom att följa upp och utvärdera den verksamhet som landsting, kommuner och enskilda vårdgivare bedriver.”[47]

[44] Prop. 1996/97:60, s. 42.
[45] Prop. 1996/97:60, s. 25.
[46] Prop. 1996/97:60, s. 41.
[47] Prop. 1996/97:60, s. 42.

SOU 2001:8 – Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare

Prioriteringsdelegationen fick i uppdrag att följa upp riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Delegationen skulle sprida information och kunskap om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Den hade också till uppgift att utveckla metoder för uppföljning och att värdera effekterna av riktlinjerna. Delegationen hade dock inte som uppdrag att lägga förslag till förändringar.

I betänkandet saknas i stort sett fördjupade diskussioner om den privatfinansierade vårdens förhållande till den etiska plattformen. I betänkandet drog delegationen dock en rad slutsatser, av vilka följande kan lyftas fram särskilt som intressanta även i dag.

- Riksdagen har beslutat om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Ytterst åvilar det riksdag och regering att se till att riktlinjerna följs.
- Huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare vilar på regionerna.
- Socialstyrelsen har i sin tillsynsfunktion en uppgift i att bevaka att riksdagsbeslutet efterlevs och att prioriteringsprocessen intensifieras.
- Det behövs en fördjupad diskussion kring huruvida det offentliga åtagandets gränser inom hälso- och sjukvården bör förändras. Ansvaret för att en sådan diskussion initieras vilar främst på de politiska partierna samt på riksdag och regering.
- Utvecklingsarbetet måste intensifieras för att få fram relevanta och jämförbara mät- och uppföljningsdata.

Prioriteringsdelegationen uttalar också att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet. Vidare uttalas att i lagstiftningen har principen givits den innebörden att den eller de som har de största behoven ges företräde till vården. Delegationen skriver att principen alltså fungerar både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte

räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.[48]

I en bilaga till betänkandet, skrivet av överdirektören vid Socialstyrelsen Nina Rehnqvist, problematiseras det bl.a. kring behovssolidaritetsprincipen. Rehnqvist skriver att principen är problematisk när det gäller resursfördelning i vården och när det gäller innehållet i riktlinjer för vården, men att den däremot är till stor hjälp när det gäller val av områden för vilka kliniska riktlinjer bör tas fram, när evidensen för olika åtgärder finns.

Nina Rehnqvist tar vidare upp följande som får sägas ha bäring på principens förhållande till den privatfinansierade vården.

> Om behovsbeskrivningen och graderingen är svår, så är solidaritetskravet kanske ännu svårare att uppfylla. De med lägre behov skall visa solidaritet med dem som har större behov och avstå från resursanspråk. Här blir det då frågan om dels vad det allmänna eller den solidariskt finansierade vården skall stå för, dels hur de personalresurser som de facto finns används. Det vill säga även en privat finansierad vård tär på de, åtminstone för närvarande, begränsade personalresurserna och kompetensen. Återigen har de med större förmåga att tala för sig ett försprång. Det kanske märks särskilt tydligt i omsorgen. Att omprioritera kompetent personal från annan vård till omsorgen kräver både skicklighet och politiskt mod. Å andra sidan får man väl närmast kalla det avundsjuka, när man ser ogint på att vissa i verkligheten har större ekonomisk förmåga att skaffa sig det de vill ha även i form av vård och omsorg, fastän det inte går ut över någon annan.[49]

Prop. 2000/01:36 – Sjukhus med vinstsyfte

Propositionen *Sjukhus med vinstsyfte* låg till grund för lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som gällde åren 2001 och 2002. I propositionen uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> I propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) framhålls betydelsen av ökad mångfald av vårdgivare och det önskvärda i att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning tecknar vårdavtal med privata, kooperativa och ideella vårdgivare i den öppna vården. Samtidigt som denna utveckling uppmuntras är det enligt regeringens uppfattning viktigt att inte kommersiella intressen tillåts ta överhanden och försvåra möjligheten att upp-

[48] SOU 2001:8, s. 107.
[49] SOU 2001:8, s. 161 f.

> rätthålla de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård. Grunden skall bevaras. Hälso- och sjukvården ska vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov.[50]

Vidare uttalades följande.

> Det finns inte något sätt att slippa prioritera. Frågan gäller endast vilka prioriteringar som skall göras. Det är desto viktigare att tillämpa prioriteringskriterierna på ett systematiskt, öppet och tydligt sätt. Det är särskilt viktigt att även under 2000-talet garantera att de förbättrade behandlingsmöjligheter som ligger i den medicinska och medicintekniska utvecklingen fördelas efter behov, inte minst till den växande gruppen äldre. Någon bättre garanti för att detta ska ske än en fortsatt solidarisk finansiering av vården finns inte. Inte heller finns skäl att ompröva de svenska akutsjukhusens hittillsvarande driftsformer. Det är viktigt att inte låta dagens tillgänglighetsproblem, som delvis har sin grund i en obalans mellan öppen och sluten vård, föranleda framväxten av ett nytt hälso- och sjukvårdssystem.[51]

SOU 2003:23 – Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa

Betänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* låg till grund för det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007. Av dessa bestämmelser framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Utredningen uttalade då följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> Hälso- och sjukvården i Sverige skall vara solidariskt finansierad, tillgänglig för alla och fördelad efter behov. Oberoende av drifts- och ägarformer skall samma etik ligga till grund för prioriteringar och andra medicinsk-etiska avvägningar inom hela vården. De etiska utgångspunkter som lagts till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och för medicinsk-etiska ställningstaganden bör också vägleda beslut om organisation, drifts- och ägarformer.[52]

[50] Prop. 2000/01:36, s. 5.
[51] Prop. 2000/01:36, s. 6 f.
[52] SOU 2003:23, s. 75 f.

Vidare uttalades följande.

> Vinst är en stark drivkraft som inom vården kan bidra till utveckling och effektivare vårdformer. Vinst som resultat av effektivare processer, bättre behandlingsmetoder, ökad motivation och större delaktighet är inget hot mot de grundläggande målen om vård efter behov och på lika villkor. De kan i stället genom sina exempel bidra till förändringar och nya arbetssätt som gynnar alla. Vinstmotiv i vården kan emellertid också leda till att prioriteringar överges, till överdriven vård och behandling eller till att förebyggande hälsovård tonas ner till förmån för mer intäktsgivande behandlingar. Olika former för ägandet har också inverkan. För en verksamhet, som ägs av personal som dagligen möter patienterna, vävs drivkrafter samman på annat sätt än för placeraren på börsen som mer renodlat värderar verksamheten i form av värdetillväxt och avkastning. Med en offentligt finansierad vård har huvudmännen stora möjligheter att påverka de ekonomiska drivkrafterna och vinstsyftets inverkan. Klokt utformade regelverk och modeller för ersättning kan begränsa och tygla de ekonomiska drivkrafterna så att de främst gagnar patienter och samhället i stort.[53]

Prop. 2004/05:145 – Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

I propositionen som föranledde det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007 uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och privat vård.

> Regeringens utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad, ges på lika villkor och efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka, framstår det enligt regeringens mening som nödvändigt att genom lag reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till entreprenörer. En risk finns annars för att en intressekonflikt uppstår mellan marknadens aktörer och vårdbehövande, där ekonomiska resurser och ekonomiskt vinstintresse går före de medicinska behoven. Regeringen anser att vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller gruppers betalningsförmåga och privata entreprenörers vinstintressen. Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården framgår av 2 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och gäller all vård, oavsett om den bedrivs vid sjukhus eller inte.[54]

[53] SOU 2003:23, s. 187.
[54] Prop. 2004/05:145, s. 9.

Vidare uttalade regeringen att ”hälso- och sjukvård också kan bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall ansvarar inte landstinget eller kommunen för verksamheten. Socialstyrelsen utövar dock tillsyn även över den helt privatfinansierade hälso- och sjukvården”.[55]

Prop. 2006/07:52 – Driftsformer för sjukhus

Det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävdes år 2007.[56] I propositionen som låg till grund för upphävandet uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> Huvuddelen av den offentligt och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården utförs av landstingsägda och landstingsdrivna enheter. Det har emellertid blivit allt vanligare att hälso- och sjukvård utförs av privata aktörer på uppdrag av landstingen. Oavsett om en verksamhet bedrivs av landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare skall vården bedrivas så att den uppfyller hälso- och sjukvårdslagens (1982:763; HSL) krav på en god vård på lika villkor. Vidare skall vården ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Ledningen av hälso- och sjukvården skall dessutom vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.[57]

Vidare uttalades följande.

> Landstingen ansvarar för hur hälso- och sjukvården organiseras och att besluten som fattas ger förutsättningar för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Förtroendet för hälso- och sjukvården är avhängigt att vården lever upp till de krav som medborgarna har rätt att ställa. Om hälso- och sjukvården skall kunna utvecklas och klara det framtida åtagandet måste förutsättningar för nytänkande och mångfald skapas inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt regeringen kan en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet för medborgarna. Privata vårdgivare har i flera fall genom specialisering och renodlade processer bättre kunnat ta tillvara den nya teknikens möjligheter till rationalisering.[58]

[55] Prop. 2004/05:145, s. 10.
[56] Prop. 2006/07:52.
[57] Prop. 2006/07:52, s. 6.
[58] Prop. 2006/07:52, s. 10.

Ds 2016:29 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I promemorian föreslogs en reglering som skulle förtydliga att inom offentligfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosätts. Remissinstansernas åsikter om förslaget varierade. Ett flertal remisstanser såg positivt på den föreslagna regleringen och ett antal var negativt inställda. Ett flertal remissinstanser väckte invändningar om att det finns otydligheter i hur principerna ska tolkas och vad som blir följden av att principerna gäller för den privatfinansierade hälso- och sjukvården.

Landstinget Dalarna ifrågasatte om den nya bestämmelsen tillförde något nytt då principerna redan i dag gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet och att den nya bestämmelsen är otydligt formulerad vilket kan medföra att innehållet kan tolkas på olika sätt.[59]

LO menade att ”det finns, så som LO bedömer det, ett allt för stort tolkningsutrymme av innebörden i lagtexten. I praktiken är de formuleringar som föreslås snarlika de som redan i dag finns i HSL. LO bedömer att det krävs mer än det som föreslås i den aktuella promemorian för att vända utvecklingen och förordar därför såväl ytterligare lagskärpningar som skatteförändringar”.[60]

Pensionärernas riksorganisation (PRO) uttalade att den ”tolkar förslaget som att personer med privata sjukvårdsförsäkringar inte ska kunna köpa sig snabbare eller bättre vård inom den offentligt finansierade vården. PRO tolkar promemorians förslag som stopp för användandet av privata sjukvårdsförsäkringar i offentligt finansierad sjukvård. PRO anser att skrivningen bör tydligare uttrycka detta”.[61]

Region Skåne ansåg bl.a. att ”promemorians förslag inte tillräckligt tydligt belyser vad som krävs för att man ska anse att de privata vårdgivarna ger vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring på sådant sätt att de grundläggande värdena i hälso- och sjukvårdslagen åsidosätts”.[62]

[59] Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29.
[60] LO:s remissvar på Ds 2016:29.
[61] PRO:s remissvar på Ds 2016:29.
[62] Region Skånes remissvar på Ds 2016:29.

Statskontoret menade att ”det är oklart hur de som ska tillämpa bestämmelserna ska gå till väga. Statskontoret menar att det är en grannlaga uppgift för vårdgivarna att bedöma om principerna om människovärde, behov och solidaritet har åsidosatts på grund av att vård även ges till patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Det kan t.ex. handla om att bedöma hur väntetider har påverkats, om vårdkvaliteten har nått upp till den standard som den annars skulle ha gjort eller om det har skett någon annan form av nedprioritering. Av promemorian framgår inte närmare vad principerna innebär och vad som krävs för att de ska anses vara åsidosatta. Här finns inte heller några exempel som kan ge vägledning i tillämpningen.”[63]

Stockholms läns landsting menade att ”HSL är en ramlag som till stora delar består av allmänt hållna målsättningsbestämmelser som till sin karaktär inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Promemorians förslag till lagtext – ”*enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts*” – medför därför en bekymmersam otydlighet”.[64]

Vård- och omsorgsanalys menade att ”utifrån informationen i promemorian är det svårt att bedöma huruvida förslaget kommer föranleda några, och i så fall vilka, förändringar jämfört med i dag. Eftersom det ofta saknas behovsindikatorer för patienter som står på väntelistorna, är det svårt att följa upp och avgöra huruvida patienter prioriteras på ett korrekt och konsekvent sätt oberoende av finansieringsform. Det kan också vara svårt att avgöra ifall prioriteringsordningen åsidosätts hos en privat aktör så länge som denne fullföljer sitt uppdrag gentemot landstinget inom givna tidsramar.”[65]

Vårdföretagarna menade bl.a. att ”HSL är en ramlag med till stora delar allmänt hållna bestämmelser i form av målsättningar som inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Departementspromemorians förslag till lagtext är ett olyckligt avsteg från det.”[66]

[63] Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.
[64] Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29.
[65] Vård- och omsorgsanalys remissvar på Ds 2016:29.
[66] Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.

Prop. 2016/17:166 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I propositionen gick regeringen vidare med förslaget i Ds 2016:29. Förslaget ledde dock inte till någon lagstiftning eftersom riksdagen avslog propositionen.[67]

I propositionen lämnades inte någon närmare redogörelse för innebörden av behovs-solidaritetsprincipen och hur den ska tolkas i samband med privata sjukvårdsförsäkringar. Det som uttalades i fråga om hur behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas är följande.

> Att patientens behov av sjukvård, inte dennes betalningsförmåga, ska avgöra vilken insats vården ska erbjuda och när patienten ska få denna vård innebär på ett individuellt plan att en person som har ett större vårdbehov alltid ska prioriteras före en person med ett mindre vårdbehov.[68]

Vidare uttalades att det inte är förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor att genom en sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet (t.ex. ”att gå före kön” och snabbare få vård) inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.[69]

Regeringen uttalade även följande.

> Som tidigare nämnts har privata sjukvårdsförsäkringars betydelse i förhållande till det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkar den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. även huruvida innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.[70]

Regeringen konstaterade i likhet med Lagrådet att det är oklart om innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar verkligen ges företräde framför patienter som får offentligfinansierad vård. Regeringen ansåg dock att en reglering behövs för att motverka risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentligfinansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring. Regeringen menade också att en regler-

[67] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[68] Prop. 2016/17:166, s. 22.
[69] Prop. 2016/17:166, s. 23.
[70] Prop. 2016/17:166, s. 23.

ing även är angelägen för att på sikt kunna bevara tilliten till och förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssystemet i övrigt. Regeringen uttryckte att den medger att möjligheterna att följa upp om de grundläggande principerna i HSL följs är förenade med vissa svårigheter. Den omständigheten utgör dock enligt regeringens mening inte något hinder mot att genomföra förslagen.[71]

Riksdagen avslog dock propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det finns något behov av lagändringen.[72]

SOU 2020:46 – En gemensam angelägenhet

I sitt betänkande *En gemensam angelägenhet* har Jämlikhetskommissionen tagit upp privata sjukvårdsförsäkringar och förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen. Kommissionen uttalade följande.

> Under generationer har hälso- och sjukvården byggts upp enligt principerna om vård efter behov och solidarisk finansiering. Grundprincipen omfattar även privata vårdgivare som har patienter både från den offentligt finansierade vården och försäkringsbolagen. Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar att leda till att principen i hälso- och sjukvårdslagen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en ordning som tar hänsyn till patientens privata sjukvårdsförsäkring. Det skulle strida mot de övergripande principerna i hälso- och sjukvårdslagen att behandla människor olika inom vården på grund av olika ekonomiska förutsättningar.[73]

Vidare uttalade kommissionen följande om privata sjukvårdsförsäkringar.

> Då patienter med privat sjukvårdsförsäkring kan få vård snabbare än patienter utan en sådan försäkring, är utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar inte förenlig med målen enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §: god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.[74]

Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

[71] Prop. 2016/17:166, s. 23 f.
[72] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[73] SOU 2020:46, s. 827 f.
[74] SOU 2020:46, s. 828.

Övriga betänkanden

I bland annat betänkandena *Komplementär och alternativ medicin och vård* (SOU 2019:15), *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) och *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29) resoneras kring principerna i den etiska plattformen med hänvisning till de förarbeten som redogjorts för i detta avsnitt. Den etiska plattformen tas även upp i *Tydligare ansvar och regler för läkemedel* (SOU 2018:89).

Smer – Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter, rapport 2014:1

Smer (Statens medicinsk-etiska råd) har i en rapport år 2014 om etiska aspekter på privat finansiering inom regionen varit inne på frågor som relaterar till privat vård och den etiska plattformen. Med *medfinansiering* avser Smer följande.

> Patienten finansierar den del av en hälso- och sjukvårdsinsats som ligger utanför landstingets offentligt finansierade utbud medan landstinget betalar den del av insatsen som omfattas av offentlig finansiering. Patienten kan alltså i denna situation välja ett tillägg eller något annat än det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården och själv betala mellanskillnaden. I rapporten används således termen medfinansiering enbart när finansieringen av hälso- och sjukvårdsinsatsen är integrerad dvs. finansierad med både offentliga och privata medel, bortsett från patientavgifter. Exempel: Patienter som medfinansierar multifokal lins vid starroperation; synkorrigering ligger normalt utanför det offentliga åtagandet och landstingets prioriteringar varför vissa landsting ersätter motsvarande en ”vanlig” lins vid starroperation och patienten får betala mellanskillnaden det kostar att få en synkorrigerande lins.[75]

Med *egenfinansiering* avser Smer följande.

> Patienten får själv betala hela kostnaden för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som inte omfattas av landstingets offentligt finansierade utbud. En orsak till att vården inte finansieras med offentliga medel kan vara att den inte bedöms vara medicinskt motiverad (utifrån vad som för närvarande är känt om effekterna på gruppnivå.) Exempel på sådan vård är skönhetsoperationer. Andra anledningar kan vara att landstinget begränsat tillgången till viss vård (såsom antal försök vid assisterad be-

[75] Smer 2014:1, s. 11.

fruktning) eller att vårdinsatsen inte prioriteras av landstinget (vissa vaccinationer, åderbråcksoperationer, vissa hälsoundersökningar).[76]

Med *tilläggsinsatser* avser Smer följande.

En hälso- och sjukvårdsinsats som med- eller egenfinansieras av patienten. Ibland kan begreppen tilläggstjänst eller tilläggsprodukt förekomma. Det förstnämnda syftar till med- eller egenfinansierade tjänster såsom medicinsk behandling utförd av vårdpersonal och det sistnämnda till hälso- och sjukvårdsprodukter såsom hjälpmedel. Man kan också skilja mellan invasiva tilläggsinsatser (t.ex. en starroperation där en multifokal lins sätts in eller en IVF-behandling) och icke-invasiva (t.ex. ett hjälpmedel).[77]

I rapporten uttalade Smer följande.

Att köpa sig kortare väntetider i den offentliga vården, i samband med t.ex. operationer eller vid besök på akutmottagningen, är utifrån ett etiskt perspektiv inte godtagbart och strider mot (intentionerna i) gällande regelverk. Även möjligheten att genom finansiering köpa sig till en högre kvalitet inom den offentliga vården är i strid med rådets uppfattning och rådande principer och reglering i Sverige. Även om detta regelverk inte funnits, hade förslagen att införa olika former av medfinansiering stött på betydande etiska problem. Eftersom resurserna när det gäller personal, lokaler, mediciner och pengar är begränsade inom den offentliga hälso- och sjukvården, kommer enbart de som har råd att köpa sig kortare väntetid, bättre eller säkrare vård att få företräde till vården före dem som inte har råd – men som kanske har lika stora eller större behov av sjukvårdens hjälp.[78]

Däremot ansåg Smer att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligfinansierade vården i vissa fall. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp.[79]

[76] Smer 2014:1, s. 11.
[77] Smer 2014:1, s. 12.
[78] Smer 2014:1, s. 185.
[79] Smer 2014:1, s. 20. Se också t.ex. yttrandet från Etiska rådet i Region Skåne 2020-02-17, som tog avstånd från att regionen tillhandahöll medfinansierade hörapparater, med hänvisning till Smers rapport.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet – Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? Rapport 2015:3

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet gav i en rapport från 2015 en presentation av den etiska plattformen och en analys av ett antal tolknings- och tillämpningssvårigheter relaterade till de olika principerna. Syftet med rapporten var att stimulera till debatt kring huruvida det behövs en ny statlig utredning för att reda ut tolkningsproblem och utveckla plattformen för att hantera de prioriteringssituationer hälso- och sjukvården ställs inför. Ett ytterligare syfte var att stimulera till mer allmän debatt, diskussion och forskning kring hur den etiska plattformen kan och bör tolkas.

I rapporten resonerade Prioriteringscentrum om utrymmet för att ta hänsyn till ekonomiska förhållanden. Prioriteringscentrum framhöll i rapporten att det i en situation där inte alla vårdbehov är möjliga att tillfredsställa eller åtgärda inom ramen för det offentliga åtagandet, uppstår naturligtvis frågan om man som patient i stället kan ”egenfinansiera” vården eller om man genom ”medfinansiering” kan få en bättre åtgärd inom ramen för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.[80] I rapporten tas inte privata sjukvårdsförsäkringar upp men däremot olika frågor kring privatfinansierad vård. Det tas bland annat upp att ”när det gäller egenfinansiering som sker utanför det offentliga åtagandet ger plattformen ingen vägledning, inte heller hur man bör tänka vid gränsdragning mellan offentlig och privat finansiering (eftersom den endast reglerar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården)”.[81]

Vidare angavs i rapporten att när det gäller s.k. egenfinansiering eller medfinansiering inom ramen för det offentliga åtagandet förefaller människovärdesprincipen inte ge något egentligt utrymme för detta om man ska tolka skrivningarna strikt.[82]

Prioriteringscentrum anförde att de skrivningar om prioriteringsprinciper som finns i lagen men även förarbetena är knapphändiga och kräver uttolkningar. Regeringen gav i början av 2000-talet Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en föreskrift om hur priorite-

[80] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19. Begreppen egenfinansiering och medfinansiering används ibland för att beskriva olika former av privat betalning till regionerna, se mer utförlig beskrivning i kapitel 6.4.1 och ovan om Smer:s rapport 2014:1.
[81] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.
[82] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.

ringar skulle gå till i praktiken. Denna föreskrift kom aldrig till stånd enligt Prioriteringscentrum. För att stödja en konkret tillämpning av prioriteringsprinciperna utformades i stället en operationaliserad modell, lämpad som stöd för vissa typer av prioriteringsbeslut.[83]

8.3 Tillsyn över målbestämmelserna

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. Innan IVO inrättades år 2013 låg tillsynsansvaret på Socialstyrelsen. Det saknas tillsynsbeslut från IVO avseende hur de olika målbestämmelserna och hur den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas i praktiken. Således saknas praxis om hur behovs-solidaritetsprincipen förhåller sig till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas även andra typer av stödjande dokument för såväl internt som externt bruk från IVO eller hur tillsynen på området inom IVO ska bedrivas. Utredningen känner inte till att IVO arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård genom riktade insatser, stöddokument eller annat som riktar in sig på den privatfinansierade vården och förhållandet till etiska plattformen.

Fram till nyligen har det inte funnits några tillsynsbeslut från IVO som rör tillsynen över de olika målbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De exempel som numera finns är från IVO:s tillsyn under år 2020 av samtliga akutsjukhus i Region Stockholm i samband covid-19-pandemin. Via anmälningar fick IVO uppgifter om att pandemin hade lett till lokala skillnader i prioriteringen till intensivvård. Tillsynen syftade till att granska vårdgivarens planering, ledning och kontroll av verksamheten avseende prioritering av patienter i behov av intensivvård under rådande covid-19-pandemi. Av de granskade sjukhusen var det endast avseende Karolinska Universitetssjukhuset som IVO påtalade en brist. IVO ansåg där att vårdgivaren hade tagit fram och tillämpat ett lokalt beslutsstöd som i sin utformning och tid för införandet innebar en risk för att patienter som skulle ha kunnat gynnats av intensivvård inte fick sådan vård. IVO fann sammantaget att Karolinska Universitetssjukhuset inte hade planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sätt som hade lett till att kravet på god vård i HSL upprätthållits. I beslutet

[83] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 2.

anges att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder med anledning av bristerna men att myndigheten kan komma att följa upp beslutet.[84]

Även om IVO inte har gjort några konkreta uttalanden i praxis eller andra stöddokument kring behovs-solidaritetsprincipen och privata försäkringar eller hur den ska tolkas har IVO i en förstudie[85] gjort ett antal bedömningar. Förstudien presenteras mer ingående i kapitel 4. De viktigaste slutsatserna är:

- IVO har tillsyn över att regioner och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är en sådan målbestämmelse.
- Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL.
- När regelverket inte innehåller detaljerade krav får IVO närmare precisera kraven i sina beslut.
- IVO bedömer att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Väntan på vård kan vara förenad med patientsäkerhetsrisker så som förvärrat sjukdomstillstånd under väntetiden, förlängd vårdtid, sämre vård och/eller uppföljning, onödigt lidande under väntetiden och sämre kontinuitet. Det finns patientsäkerhetsrisker om målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården åsidosätts.

I förstudien beskrivs även en rad olika sätt på hur IVO skulle kunna bedriva tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

8.4 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utövar inte tillsyn över vården och dess personal. Däremot har Socialstyrelsen till uppgift att följa, analysera och rapportera om hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställ-

[84] IVO:s beslut den 14 december 2020, dnr. 3.5.1-14720/2020-25.
[85] IVO förstudie (2020).

ning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier samt att ta fram kunskapsstöd och föreskrifter som bidrar till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.[86]

En viktig del i Socialstyrelsens uppdrag är också att ta fram riktlinjer med rekommendationer och prioriteringar på gruppnivå. Detta gör Socialstyrelsen genom sina s.k. Nationella riktlinjer. Riktlinjerna ska bl.a. ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Arbetet med de Nationella riktlinjerna utgår bl.a. från den etiska plattformen där behovs-solidaritetsprincipen ingår. De riktlinjerna tas fram med stöd av 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsen som bestämmer vilka riktlinjer som ska tas fram. I vissa fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram Nationella riktlinjer på ett visst område.[87]

I riktlinjerna tas inte ställning till hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen.[88] De Nationella riktlinjerna omfattar i stället stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna är uppdelade på olika områden som Astma och KOL, Demens, Hjärtsjukvård, Psoriasis, Rörelseorganens sjukdomar och Stroke. De innehåller sällan rekommendationer om hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Riktlinjerna är tänkta att vara ett stöd när exempelvis regioner skapar vårdprogram eller när kommuner och regioner tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Framtagandet av de Nationella riktlinjerna är en process i flera steg. Ett område som ska få riktlinjer väljs ut, området avgränsas och den vetenskapliga litteraturen gås igenom och sammanställs, vilket sedan 2015 görs i samarbete med SBU[89]. I riktlinjerna rangordnar Socialstyrelsen bland annat tillstånd och åtgärder. En prioriteringsgrupp rangordnar samtliga tillstånds- och åtgärdspar i en skala från ett till tio, där ett är bäst och tio sämst. Rangordningen baseras på hur allvarligt tillståndet är, vilken effekt åtgärden har och åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet. Även hur starkt vetenskapligt stöd som finns för åtgärdens effekt kan ha betydelse i rangordningen, liksom etiska överväganden. Ett tillstånds- och åtgärdspar som har prioriteringssiffran ett förväntas ge stor nytta för

[86] 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[87] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.
[88] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.
[89] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Rekommendationer med låg prioritet representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till åtgärdens effekt.

Tanken är att åtgärder med hög prioritet ska få en stor del av resurserna och de med låg ska få en mindre del av resurserna. Gränsen mellan hög och låg prioritet är inte definierad. Åtgärder som Socialstyrelsen anser inte ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt utvärderade benämns FoU (forskning och utveckling).

Metoden för att ta fram Nationella riktlinjer utvecklas hela tiden och olika riktlinjer kan ha olika utformning. I många fall har Socialstyrelsen valt ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar där myndigheten även skriver rekommendationer. Rekommendationerna gäller oftast åtgärder som vården och omsorgen inte utför i tillräcklig utsträckning men borde utföra. De handlar då om rekommendationer om åtgärder som kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området. Rekommendationerna är tänkta att kunna fungera som ett underlag när beslutsfattare som politiker och verksamhetschefer fattar beslut om exempelvis resursfördelning, vårdens och omsorgens organisation och kompetenshöjning. Rekommendationerna som ges i riktlinjerna är heller inte bindande utan det är upp till regionerna och vårdpersonalen att därefter på lämpligt sätt ta riktlinjerna vidare.

Ett exempel på en riktlinje är *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*.[90] I riktlinjen finns mer detaljerade rekommendationer om behandlingar/diagnostik för astma och KOL och när åtgärder ska/bör/kan vidtas.

Utredningen konstaterar att även om Socialstyrelsens Nationella riktlinjer kan användas av privata vårdgivare är de framför allt riktade mot regionerna och fungerar som underlag för beslutsfattande om exempelvis resursfördelning eller vid förändrade arbetssätt. En privat vårdgivare som utför vård åt en region kan på så sätt också beröras av riktlinjerna. Viktigt att framhålla är dock att Socialstyrelsens riktlinjer inte omfattar alla tillstånd och sjukdomar.

Det är svårt att ur de Nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen dra några slutsatser om hur privata sjukvårdsförsäkringar och privat vård överlag bör förhålla sig till den etiska plattformen, vilket heller

[90] Socialstyrelsen 2020-12-7135.

inte är avsikten med riktlinjerna. Socialstyrelsen har inte särskilt följt upp vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på tillgängligheten och jämlikheten i hälso- och sjukvården.

8.5 Vård- och omsorgsanalys rapporter

Inte heller Vård- och omsorgsanalys utövar tillsyn över vården och dess personal och kan därför inte fatta beslut om hur bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska tillämpas. Vård- och omsorgsanalys har dock i två rapporter kommit in på den etiska plattformen och kopplingen till privata sjukvårdsförsäkringar och privat finansierad vård.

Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare[91]

I rapporten, som redovisas mer ingående i kapitel 4.3.6 och 11.3, gör Vård- och omsorgsanalys inte någon egen tolkning av hur den etiska plattformen ska tillämpas rent konkret. Myndigheten konstaterar att förarbetena inte tar upp privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansierad vård särskilt och att det skulle kunna tyda på att lagstiftaren inte hade förutsett eller avsett ett hälso- och sjukvårdssystem med någon betydande andel privat finansiering, kanske delvis eftersom det var ovanligt när det beslutades om de bestämmelserna. Därefter tar Vård- och omsorgsanalys upp följande.

- Vård- och omsorgsanalys menar att ansvaret för målet om vård på lika villkor och efter behov finns på flera nivåer inom hälso- och sjukvården. Respektive aktör har ansvar för att verka för målet inom ramen för sitt ansvarsområde, men i HSL utpekas ingen aktör som har tydligt ansvar för att målet uppfylls för hela hälso- och sjukvårdssystemet.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att regionerna ska ta hänsyn till och planera verksamheten de ansvarar för utifrån målet om vård på lika villkor och efter behov (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller i alla delar av deras huvudmannaansvar, t.ex. planeringen, styrningen och upphandlingen.

[91] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

- Vård- och omsorgsanalys uttalar att varje vårdgivare, oavsett vem som har huvudmannaansvaret eller finansierar vården de bedriver, ska ta hänsyn till målet om vård på lika villkor och efter behov inom ramen för sin verksamhet (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller t.ex. i utformningen av kösystem och utförandet av vården i övrigt.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att också i de vårdprofessionella etiska reglerna återkommer ansvaret om vård efter behov och på lika villkor. Exempelvis anger Läkarförbundets etiska regler att en läkare aldrig ska frångå principen om människors lika värde och aldrig bidra till otillbörlig prioritering av patienter. Trots att det här ansvaret finns på de olika nivåerna och att de är tänkta att stärka varandra i en gemensam riktning kan det i vissa fall vara svårt att prioritera efter behov, exempelvis för att det kan vara svårt att bedöma behovens storlek och jämföra olika behov med varandra.
- Vård- och omsorgsanalys anger att enligt förarbetena (prop. 1996/97:60) går det inte att ge någon detaljerad vägledning eller enkla handlingsregler för prioriteringar, utan svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Den etiska plattformen syftar däremot till att ge förutsättningar för klarare och medvetna ställningstaganden, eftersom det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet.
- Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bland annat om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen (3 kap. 1 § HSL).
- Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med

offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Men den kan uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna. En delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön. Men den situationen träffas inte lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys har genomfört en undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen om patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter tar emot båda typerna av patienter. Undersökningen har dock inte haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Myndighetens slutsatser avser i stället hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Undersökningen och vilka slutsatser som kan dras av den beskrivs närmare i kapitel 11.3.3.

Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar[92]

Vård- och omsorgsanalys har i en annan rapport från år 2020 undersökt horisontella prioriteringar. Därmed menas de övergripande prioriteringar som görs mellan olika sjukdomsområden eller olika sjukdomsgrupper, och som i huvudsak grundar sig på politisktadministrativa beslut. Ett exempel är när man väljer att avsätta resurser

[92] Vård- och omsorgsanalys 2020:7.

för ett visst vårdområde framför andra vårdområden. Vård- och omsorgsanalys kommer i rapporten fram till följande.

> Regionernas övergripande resursfördelning utgår i huvudsak från tidigare års fördelning. Regionernas uppföljningar av hälsa och sjukdom, övergripande behovsanalyser och underlag från verksamheter används i låg utsträckning som underlag för förändringar i resursfördelningen mellan sjukdomsområden. Det finns exempel på mer systematiska prioriteringar mellan områden som baseras på mer utförliga underlag, men det rör sig i regel om förändringar som är små i förhållande till budgeten i stort. Den statliga vägledningen till regionerna för horisontella prioriteringar är också sparsam.[93]

Vård- och omsorgsanalys menar att en förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behoven i olika sjukdomsgrupper är att det är tydligt vad som avses med detta i praktiken och att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. Om hälso- och sjukvårdspolitiken ska vara ändamålsenlig där vård efter behov är styrande, behöver beslutsfattarna känna till var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag. Den nationella uppföljningen fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, alltså hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper efter medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad. Det är även svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter och det saknas information på området.[94]

Vård- och omsorgsanalys menar att den etiska plattformen bör genomsyra styrningen i hela hälso- och sjukvården – t.ex. när det gäller strategi, resursfördelning och uppföljning. Vidare bedömer myndigheten att aktörer på både statlig och regional nivå bör förhålla sig till principen om vård efter behov på ett tydligare sätt. Det kan ske genom att tydliggöra eventuella målkonflikter och att sträva efter underlag som kan belysa hur väl hälso- och sjukvården uppfyller principen.[95]

I rapporten tar Vård- och omsorgsanalys upp att det kan behövas en översyn av den etiska plattformen, bl.a. mot bakgrund av att omfattningen av privatfinansierad vård har ökat, se mer därom nedan i kapitel 8.6.

[93] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12.
[94] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12 f.
[95] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 13 f.

8.6 Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen

Ett flertal statliga utredningar, myndigheter och andra aktörer har påtalat behovet av att se över den etiska plattformen av delvis olika anledningar. I det följande redogörs för några av dem.

Vård- och omsorgsanalys skriver i rapporten *Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar* att myndigheten rekommenderar att regeringen överväger om det finns behov av att göra en översyn av den etiska plattformen. Bakgrunden till denna rekommendation är att myndigheten har sett att det kan finnas vissa svårigheter att tillämpa den etiska plattformen i praktiken. Vård- och omsorgsanalys påtalar också att sedan den etiska plattformen beslutades har hälso- och sjukvården utvecklats på flera sätt. Exempelvis har det skett en snabb medicinteknisk utveckling och det har skett förändringar i befolkningens förväntningar och efterfrågan. Även omfattningen av privatfinansierad vård har ökat. Vård- och omsorgsanalys menar därmed att det finns behov av att se över hur plattformen står sig i förhållande till hur hälso- och sjukvården ser ut i dag. Det kan också finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den.[96]

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har i betänkandet *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42) tagit upp att det bör göras en översyn över hur den etiska plattformen förhåller sig till utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård och till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården.[97]

Prioriteringscentrum har argumentaret för att det finns goda grunder för en översyn i form av en statlig utredning av den etiska plattformen bland annat utifrån de många tolkningssvårigheter som redovisats i rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*.[98]

Läkemedelsutredningen skriver att tillämpningen av den värdebaserade prissättningen har blottlagt ett antal konflikter utifrån den etiska plattformen, t.ex. huruvida principerna är rangordnade eller

[96] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 16. och 139.
[97] SOU 2019:42, s. 517 f.
[98] Prioriteringscentrum 2015:3.

inte. Läkemedelsutredningen föreslår att detta ska hanteras i en separat, parlamentarisk, utredning.[99]

Timbro har i en nyligen lanserad rapport skrivit att den etiska plattformen behöver ses över och moderniseras.[100]

Nämnas kan även det arbete som har påbörjats i den Nationella expertgruppen för horisontella prioriteringar inom ramen för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, där uppdraget är att utveckla horisontella prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det arbetet beräknas pågå till åtminstone 2022.[101]

8.7 Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen

Väntetider och vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen och prioriteringar inom vården har varit uppe till diskussion vid flera tillfällen. Dessa diskussioner har en nära koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. En privat vårdgivare kan nämligen ha flera olika avtal med olika villkor kring patientens väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin avser endast den offentligfinansierade vården men i avtalen mellan vårdgivaren och försäkringsbolagen anges också tidsgränser.

I det följande ges en kort sammanfattning av diskussionerna rörande vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11.4.2 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

Väntetider till vård har funnits länge i den offentligfinansierade vården. 1958 lyftes problemet i utredningen *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena* (SOU 1958:15). På 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen om långa väntetider till vården och 1981 publicerade myndigheten en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål.[102]

Den första vårdgarantin kom 1992. Staten och dåvarande Landstingsförbundet enades om att åtgärder med särskilt långa väntetider skulle omfattas av vårdgarantin. Tolv åtgärder ingick i garantin varav tio var operationer. Dessa operationer omfattade cirka 20 procent av

[99] SOU 2018:89, s. 370.
[100] Timbro (2021), s. 36.
[101] För mer information se t.ex. https://liu.se/artikel/prioc-nationell-expertgrupp
[102] Prop. 2017/18:83, s. 24.

det totala antalet operationer. Landstingen fick extra statsbidrag för att genomföra garantin där patienter som omfattades av garantin skulle erbjudas behandling inom tre månader eller vård hos en annan vårdgivare.[103]

Genom prop. 2009/10:67 kom vårdgarantin att omformuleras och lagregleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Vid remitteringen av betänkandet var ett stort antal remissinstanser, bl.a. flera regioner, Statens folkhälsoinstitut och Pensionärernas Riksorganisation kritiska och befarade att vårdgarantin skulle komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngningseffekter. Många av remissinstanserna ansåg även att det borde kartläggas och följas upp hur prioriteringar i vården påverkas av en lagreglering av vårdgarantin och efterfrågade en tydligare och mer enhetlig reglering av prioriteringsarbetet i regionerna.[104] Regeringen uttalade följande.

> Vårdgarantin är således i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att klargöra att den nuvarande vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av en patient får ta.[105]

Vidare uttalade regeringen följande.

> Som tidigare har nämnts är en förutsättning för att vårdgarantin ska gälla att nödvändiga beslut redan har fattats. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård eller att patienten har behov av en behandling. Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen.[106]

[103] Prop. 2017/18:83, s. 24.
[104] Prop. 2009/10:67, s. 36 f.
[105] Prop. 2009/10:67, s. 39 f.
[106] Prop. 2009/10:67, s. 40.

Regeringen uttalade även att:

> Vårdgarantin får dock inte förstås så att den uttalar hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske inom vården. Ett beslut om det måste fattas inom hälso- och sjukvården utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Däremot uttalar vårdgarantin att alla beslutade besök och behandlingar bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar. Den nuvarande vårdgarantin med dess relativt vida tidsram har utgångspunkten att det i princip aldrig kan anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till att en behandling eller ett besök bör ske utanför dessa ramar. I många fall kan det dock naturligtvis vara så att besök bör ske eller behandling sättas in betydligt snabbare än vårdgarantins yttre tidsramar.[107]

Genom prop. 2017/18:83 förändrades vårdgarantin på så sätt att den inte längre endast omfattade läkarbesök utan att den enskilde i stället garanterades att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. I propositionen uttalade regeringen att ”det är viktigt att påpeka att vårdgarantin reglerar väntetider” och att ”vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga utan i stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, besök eller behandling.”[108]

Även i samband med denna ändring var flera remissinstanser kritiska och ifrågasatte om vårdgarantin är förenlig med den etiska plattformen. Svenska Läkaresällskapet avstyrkte förslaget om en förstärkt vårdgaranti och uttalade följande. ”Problemet med vårdgarantin är i grunden att den inte rimmar med den etiska plattformen. Det är inte de medicinska behoven som värderas utan tid används som en mekanisk prioriteringsmekanism. Svårare sjuka riskerar trängas undan av den friskare befolkningens mer tillfälliga behov och efterfrågan av snabb tillgänglighet.” Liknande synpunkter hade även Sveriges läkarförbund.[109]

Som svar på kritiken uttalade regeringen att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer, och att den med störst behov ska ges företräde till vården. Regeringen uttalade också att det är rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen.[110]

[107] Prop. 2009/10:67, s. 40.
[108] Prop. 2017/18:83, s. 26.
[109] Prop. 2017/18:83, s. 29 f.
[110] Prop. 2017/18:83, s. 32.

Det har utifrån tidigare studier konstaterats att det har funnits vissa tecken på undanträngning kopplade till vårdgarantin.[111] I en ESO-rapport från 2010 redovisades exempelvis en undersökning som visade att många ortopeder ansåg att vårdgarantin tvingade dem att frångå principerna om vård efter behov.[112] Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys senare betonat att vårdgarantin är fullt möjlig att förena med medicinska prioriteringar, och inte per definition behöver innebära undanträngning. Myndigheten uttalade att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med rimliga väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.[113] Se även resonemang om undanträngning i kapitel 11.4 i betänkandet.

IVO resonerar om vårdgarantin i rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.[114] IVO skriver att det kan konstateras att vårdgarantin utgör en ram för en tidsmässig tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som dock är sekundär i förhållande till de etiska principerna och prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården.

Tillgänglighetsdelegationen skriver i sitt delbetänkande SOU 2021:59 att hälso- och sjukvården måste balansera mellan att vara tillgänglig för patienter och befolkningen och att säkerställa att den som har det största behovet prioriteras. Eftersom ett ökat utbud av hälso- och sjukvård kan medföra ökad efterfrågan, även om de medicinska behoven är konstanta, anser en del att väntetider också är ett medel för att säkerställa att vård ges efter behov. Tillgänglighetsdelegationen beskriver att det vid dialogmöten och andra möten med vårdens professioner tydligt har framkommit ett ifrågasättande av om vården i dag är jämlik utifrån behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen anser att en viss kö är acceptabel utifrån att de med störst behov bör hanteras först men ifrågasätter om de framväxande digitala läkarbesöken överensstämmer med behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen ifrågasätter också om vårdvalet för specialiserad vård i storstäder har rubbat behovs-solidaritetsprincipen i glesbygd genom att specialistkompetens koncentreras till storstäderna. För att vårdens professioner på allvar ska ta sig an de över-

[111] Vård- och omsorgsanalys 2014:3.
[112] Winblad och Andersson 2010:09, s. 18.
[113] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 och Vård- och omsorgsanalys 2017:6.
[114] IVO 2021-7, s. 48.

gripande tillgänglighetsproblemen menar delegationen att det är viktigt att behovs-solidaritetsprincipen och medicinsk kvalitet går hand i hand med tillgänglighetsarbetet. Samtidigt kräver medborgarna snabb handläggning även av enkla åkommor och att den teknik som finns tillgänglig även används av vården. Delegationen upplever att det i dag finns en förtroendeklyfta mellan de lätt tillgängliga digitala läkarbesöken och vården för övrigt som bygger på två helt olika bilder av de sökandes behov och uttalar att ”först när bilden är ensad kan arbetet tillsammans bli långsiktigt hållbart och utvecklas”.[115]

Tillgänglighetsdelegationen har i uppdrag att utreda en förstärkt vårdgaranti som ska redovisas i slutbetänkandet i maj 2022. I direktivet anges att vårdgarantin ska ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter, oavsett vårdbehov, en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider.[116]

8.8 Slutsatser och sammanfattning

8.8.1 Det medicinska behovet ska styra

Det finns inte några specifika regler som särskilt tar sikte på privata sjukvårdsförsäkringar och relationen till den etiska plattformen som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det finns en skatterättslig reglering som avser just arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar. Beskrivningen av den förändrade förmånsbeskattningen år 2018 finns i kapitel 3.15. Reformen motiverades med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning och innehöll således inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Det anges inte i lagstiftningen hur den etiska plattformen ska tillämpas vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar. Vad gäller förarbeten kan konstateras att den etiska plattformen togs fram framför allt med sikte på den offentligfinansierade vården och i en tid av mindre privata inslag i hälso- och sjukvården, såväl privat drift som privat finansiering. De förarbeten som skrevs när den etiska plattformen infördes saknar i stort sett helt resonemang som problema-

[115] SOU 2021:59, s. 40 f.
[116] Dir. 2020:81.

tiserar och fördjupar diskussionen om vilka problem eller möjligheter de privata inslagen medför för den svenska sjukvården i stort.

Liknande slutsatser kan även dras vad gäller bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att den framför allt tog sikte på den offentligfinansierade vården och alltså inte den privatfinansierade vården.[117]

Behovs-solidaritetsprincipen är en del av etiska plattformen där de olika principerna är rangordnade. Vad som är tillåtet eller inte, kan uttolkas, förutom ur förarbetena, utifrån tillsynsmyndighetens praxis. Vad gäller praxis saknas dock tillsynsbeslut från IVO om privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas också vägledning från andra myndigheter. Det finns t.ex. inte några riktlinjer från Socialstyrelsen som särskilt berör de frågor som är föremål för utredningens uppdrag.

Att vården ska ges efter behov är en central utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga. Utredningen kan konstatera att 3 kap. HSL gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl för offentligfinansierad som för privatfinansierad vård. Även IVO är av denna uppfattning vilket framgår av deras förstudie.[118] Vård- och omsorgsanalys gör också samma bedömning.[119]

Det är utredningens bedömning att en vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, ska göra en medicinsk bedömning av patienterna och vid behov kunna omprioritera för det fall hälsotillståndet försämras och det medicinska behovet ökar. I kontakter med utredningen har vårdgivarna också uppgett att de alltid först gör en medicinsk bedömning utifrån behovs-solidaritetsprincipen, samt att de har möjlighet att göra omprioriteringar om behov för det skulle uppstå.[120]

Det ligger inte i utredningens uppdrag att granska de enskilda vårdgivarna för att bedöma om de följer bestämmelsen om behovs-solidaritetsprincipen. Som beskrivs i kapitel 6 ligger det inte inom denna statliga utrednings mandat att göra en medicinsk granskning och t.ex. granska journaler. Däremot kan naturligtvis IVO i sin tillsyn av enskilda aktörer bedöma om de offentligfinansierade patien-

[117] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[118] IVO förstudie (2020), s. 12.
[119] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 47. Se även prop. 2016/17:166.
[120] Se kapitel 6.6.1 för en närmare beskrivning.

terna utsätts för patientsäkerhetsrisker till följd av att den privata vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården eller andra bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Även regionen i egenskap av huvudman har ett ansvar för att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård, även när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare med olika väntetider i olika avtal att förhålla sig till. Utredningen kommer att lämna förslag om bättre verktyg och förutsättningar för att regionerna och IVO ska kunna ta detta ansvar och säkerställa att bestämmelserna följs. Det kommer leda till en ökad kunskap för vårdgivarna om hur regler som rör hälso- och sjukvården angående, förutom själva utförandet av vården, även finansieringen och organiseringen, ska tolkas och tillämpas.

Utredningen kan inte med ledning ur förarbeten eller praxis ange hur olika konkreta exempel förhåller sig till reglerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det är tillsynsmyndigheten IVO och domstolarna som kan avgöra och ge ledning till vårdgivarna om hur de ska agera i det enskilda fallet.

Utredningen kan konstatera att det redan i förarbetena uttalades att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet och att principen ska fungera både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.[121]

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten eller annan vägledning utläsa att privata sjukvårdsförsäkringar i sig skulle strida mot behovs-solidaritetsprincipen. Det gäller dock under förutsättning att vårdgivaren verkligen följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och övriga bestämmelser som gäller för vården.

[121] SOU 2001:8, s. 108.

8.8.2 Olika tidsgränser för väntan på vård

Eftersom de privata sjukvårdsförsäkringar som i dagsläget används i Sverige främst är inriktade på att erbjuda korta väntetider räcker det inte att enbart bedöma om själva finansieringsformen är förenlig med behovs-solidaritetsprincipen. Även väntetider för patienterna och när vården utförs behöver analyseras i förhållande till vad som är reglerat.

Försäkringsbolagen kräver nämligen i avtalet med den privata vårdgivaren att patienten får en väntetid som oftast är kortare än vad som regleras i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren. I avtalen med försäkringsbolagen brukar det vara reglerat att vård ska ges inom cirka 3–7 arbetsdagar efter bedömt behov hos försäkringsbolaget och att operation ska ske inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. I avtalet med regionerna är det i stället reglerat att vården ska ges antingen enligt den författningsreglerade vårdgarantin eller enligt den kortare vårdgaranti som regionen har beslutat om.[122] För regionens del är väntetiderna reglerade i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i form av en vårdgaranti. Tidsgränserna är reglerade i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). För försäkringsbolagens del finns det inte några författningsreglerade tidsgränser.

Regeringen har uttalat att den författningsreglerade vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer.[123] Vårdgarantin anger inte hur snart en åtgärd ska ske utan uttalar att olika vårdåtgärder ska ske *senast* inom vissa tydligt angivna tidsramar. Dessa uttalanden gäller formellt sett inte för de väntetider som försäkringsbolagen och vårdgivarna avtalar om eftersom den lagreglerade vårdgarantin inte gäller för den vården. Det finns inte några uttalanden i förarbeten eller praxis om förhållandet mellan den etiska plattformen och väntetider som inte omfattas av vårdgarantin. Utredningen anser dock att även beträffande de avtalen och de väntetiderna har behovs-solidaritetsprincipen företräde. Detta då den principen är reglerad i lag och också är ett övergripande mål för hela hälso- och sjukvården. Som konstateras i föregående avsnitt är vårdgivarna således skyldiga att alltid följa behovs-solidaritetsprincipen innan de börjar tillämpa de eventuellt olika avtalade väntetiderna.

[122] Se t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.
[123] Prop. 2009/10:67, s. 40 och prop. 2017/18:83, s. 32.

Utredningen kan således inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

Utredningen kan konstatera att det har riktats kritik mot den författningsreglerade vårdgarantin som gäller för regionerna och att man har framfört att den inte rimmar med den etiska plattformen eftersom det då inte blir de medicinska behoven som styr. Det är inte en fråga som denna utredning kan utreda.[124] Liknande kritik som framförs mot den författningsreglerade vårdgarantin skulle emellertid kunna vara relevant att framföra även mot försäkringsbolagens väntetider. Som beskrivs ovan är det framför allt IVO och regionerna som kan kontrollera hur vårdgivarna i enskilda fall tillämpar väntetiderna.

Utredningen har inte heller kunnat finna att den vård som ges inom ramen för en försäkring skulle vara av bättre kvalitet än den offentligfinansierade vården. Det är något som beskrivs i direktiven. Den frågan behöver dock följas noga, se kapitel 14.

[124] Se däremot Tillgänglighetsdelegationens uppdrag, dir. 2020:81.

9 Regionernas hantering av bisysslor

9.1 Regionernas ansvar att hantera bisysslor

I detta kapitel beskriver utredningen frågor som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården, dvs. personalens uppdrag vid sidan av den ordinarie anställningen. Den typ av bisyssla som är intressant för denna utredning är när den offentliganställde som sidouppdrag arbetar hos en privat vårdgivare, t.ex. med försäkringsvård. Utredningen har undersökt vilket ansvar regionerna tar för att hantera bisysslor och hur den hanteringen kan påverka frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hälso- och sjukvården.

Utredningen vill betona att det kan finnas positiva aspekter av att de offentliganställda har en bisyssla, så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid.

Det kan dock också finnas risk för negativ påverkan i de fall de offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare. Det gäller särskilt om det förekommer otillåtna bisysslor. Det finns regler om att vissa bisysslor är otillåtna och om krav på arbetsgivaren att ha kännedom om bisysslor samt i vissa fall förbjuda dem.[1] Av en rapport från Statskontoret framkommer att otillåtna bisysslor, bl.a. arbetshindrande och konkurrerande bisysslor, förekommer oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter.[2] et under en längre tid har funnits en debatt om och uppmärksammats i media olika frågor som rör offentliganställdas bisysslor i allmänhet och läkares bisysslor hos privata vårdgivare i synnerhet.[3]

[1] Se kapitel 3.8 för en beskrivning av bestämmelser om de offentliganställdas bisysslor.
[2] Statskontorets rapport *Om offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*.
[3] Se t.ex. Piteå-Tidningen, 28 december 2020, Upsala Nya Tidning, 20 december 2020 och Nerikes Allehanda, 20 december 2020.

Regionerna har till utredningen beskrivit situationer där en bisyssla skulle kunna vara t.ex. arbetshindrande eller förtroendeskadlig. Det kan handla om antalet timmar som en anställd ägnar åt en bisyssla vilket kan påverka regionens förutsättningar att planera verksamheten. Vidare kan det handla om att bisysslan medför att den anställde har intressen i ett företag som anlitas av regionen och att medarbetares bisyssla kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen. En bristande regelefterlevnad med otillåtna bisysslor kan få konsekvenser för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården.

Flera regioner har anlitat externa revisionsbyråer för att granska hanteringen av bisysslor inom regionen. I detta kapitel beskrivs ett urval av de granskningar som revisonsbyrårena utfört. Liknande granskningar har även genomförts i andra regioner som i region Norrbotten 2017, region Dalarna 2016, region Gotland 2016 och region Jönköpings län 2014. Vidare beskrivs i detta kapitel två myndighetsrapporter som diskuterar frågan om bisysslor. Dessutom redovisas kortfattat viss granskning i media.

Offentliganställdas bisysslor hos privata vårdgivare kan även kopplas till diskussionen om att vårdens personalresurser är begränsade och till diskussioner om s.k. konkurrens om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare. I kapitel 11.3.1. diskuteras hur kapaciteten hos de olika arbetsgivarna kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Offentliga och privata arbetsgivarnas kapacitet att producera vård kan också påverkas av hur regionerna hanterar bisysslor.

9.1.1 KPMG:s granskning av Västra götalandsregionen

KPMG har 2017 granskat bisysslor i Västra Götalandsregionen.[4] Uppdraget var att granska följsamhet till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. KPMG valde ut tolv privata vårdgivare och undersökte om regionanställda fanns angivna som anställda på respektive vårdgivares hemsida. Totalt fanns det 148 anställda hos de externa vårdgivarna och KPMG kunde då finna 29 läkare som var anställda samtidigt som de var anställda vid regionen. Endast tre av de 29 läkarna hade anställningen anmäld och godkänd som bisyssla.

[4] Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen, 2017.

KPMG fann även brister i regionernas uppföljning och dokumentation kring hantering av bisysslor. Det har handlat om att chefer inte har dokumenterat när en otillåten bisyssla upptäckts.

KPMG uppmärksammade även att få otillåtna bisysslor identifierats och att inga dokumenterade förfrågningar om bisysslor från läkare har nekats. KPMG tog även upp att i flera av de enheter inom regionen som granskats finns en rädsla att läkare ska sluta om möjligheten till bisyssla inskränks för mycket. KPMG betonade att de enheter som upplever detta starkast verkar inom specialistområden med mycket stor konkurrens om läkarna.

9.1.2 PWC:s granskning av region Gävleborg

PWC har 2019 genomfört en granskning av intern kontroll i hantering av bisysslor i region Gävleborg.[5] Granskningen avsåg hela regionen och således inte bara sjukvårdspersonal. Granskningen var även särskilt inriktad på att granska om det gjorts utbetalningar till de juridiska personer där regionanställda haft olika intressen som styrelseledamot eller suppleant. I granskningen kunde inga sådana utbetalningar identifieras som bedömts som förtroendeskadliga.

Vad gäller regelefterlevnad konstaterade PWC följande. De styrande dokumenten anses vara i hög grad kända hos chefer vilket även verifieras av en enkätundersökning. Trots det är efterlevnaden till regelverket mycket låg. PWC bedömer att informationen om de anställdas bisysslor torde vara känd inom respektive enhet utifrån att en större andel av cheferna anger att de inhämtat information kring huruvida medarbetare har bisyssla eller inte. PWC konstaterar att det kan finnas brister i efterlevnaden kopplade till arkivering av blanketten för anmälan om bisysslor.

9.1.3 Internrevision i Region Värmland

Region Värmland har tagit fram en granskningsrapport gjord av internrevisorerna i september 2019.[6] I rapporten hänvisades till den riktlinje om bisysslor som finns i regionen. Där konstaterades att i takt med att regionens verksamhet blir alltmer konkurrensutsatt

[5] Revisionsrapport *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, 2019.
[6] Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, 2019.

ökar behovet av att uppmärksamma lojalitetsfrågorna och att undvika varje misstanke från allmänhetens sida att det är andra faktorer än det medicinska behovet som påverkar t.ex. kötider, remisshantering och behandlingsinsatser. I rapporten angavs att sidoverksamhet för läkare, tandläkare, psykologer, sjukgymnaster med flera yrkesgrupper måste ifrågasättas, såvida verksamheten inte får anses ligga i regionens intresse utifrån totalansvar för planering av hälso- och sjukvården i länet. I samband med granskningen genomfördes en enkätundersökning. Där hade cirka 32 procent av cheferna svarat att de efterlevde riktlinjen vad gäller chefernas ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor.

I den genomförda enkäten fanns möjlighet för respondenterna att lämna kommentarer i fritext. Av kommentarerna kunde bl.a. utläsas att enkäten av flera chefer sågs som en ”väckarklocka” när det gäller chefens ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor. Av den genomförda enkäten framgick också att det var relativt låg följsamhet till riktlinjen vad gäller att informera medarbetare om regelverket kring bisysslor. Cirka 62 procent av cheferna uppgav att de givit sådan information vid arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal. I granskningen framkom att det inte sker någon övergripande systematisk uppföljning av chefernas eventuella bisysslor. Av riktlinjen följer att samtliga chefer ska anmäla bisyssla till överordnad chef som ska bedöma och avgöra lämpligheten.

9.1.4 PWC:s granskning av region Västmanland

PWC har 2017 granskat om region Västmanland hanterar bisysslor i enlighet med gällande regelverk och regionens riktlinje/policy med tillräcklig intern kontroll.[7] Granskningen omfattade regionstyrelsen där förvaltningarna Västmanlands sjukhus, Primärvård, Psykiatri och habiliteringsverksamhet, Verksamhets- och ledningsstöd och Regionstyrelsen ingick. Den sammanfattande bedömningen var att den interna kontrollen avseende hanteringen av anställdas bisysslor inte är tillräcklig inom regionstyrelsen. Det konstaterades bl.a. att mindre än hälften av de 25 erhållna bisyssleblanketterna är korrekt ifyllda med samtlig efterfrågad information. Av 18 anmälda bisysslor stämmer 16 överens med registrerat engagemang. Riktlinjerna är till

[7] Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, 2017.

stor del kända bland förvaltningarnas chefer men var femte chef kände inte till instruktionen för bedömningen av bisyssla.

När Västmanlands sjukhus granskades särskilt, fann utredarna att det endast var 11 medarbetare av 4 000 anställda som hade anmält och fått sin bisyssla godkänd år 2016. Sammanställningen som skulle göras årligen hade enligt intervjuer gjorts vartannat år.

9.1.5 PWC:s granskning av region Skåne

PWC har 2019 granskat region Skånes arbete med bisysslor.[8] Där framkom bl.a. att hanteringen av anställdas bisysslor delvis sker på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande beslut, riktlinjer och rutiner. Det finns riktlinjer och tillämpningsanvisningar men de behöver uppdateras, revideras och harmoniseras avseende bl.a. uppföljning, kontroller och dokumentation av anställdas bisysslor. En stickprovsgranskning visade att det fanns brister kring hantering och förvaring av dokumentation kring anställdas bisysslor.

I granskningen uppmärksammades att bedömningen av bisysslor skiljer sig åt inom regionen. Exempelvis tillåts regelmässigt att arbeta som nätläkare i förvaltningen för Skånes sjukhus nordost så länge patienter från region Skåne inte behandlas. Inom förvaltningen för Skånes sjukhus nordväst däremot avslås alltid bisyssla i form av digitala läkartjänster.

PWC gjorde bedömningen att det i de flesta fall inte finns någon spårbar dokumentation på individnivå över anställdas bisysslor och att det leder till att det finns en risk att bisysslor inte bedöms på ett likartat sätt.

Sammantaget gjorde PWC bedömningen att den interna kontrollen inom regionen är otillräcklig. Bedömningen grundade sig på att det inte finns något systematiskt samlat sätt att dokumentera anställdas bisysslor och att det inte finns uppgifter om hur många bisysslor som de anställda inom Region Skåne har totalt. Vid flera verksamheter inom region Skåne gick det inte att få fram uppgifter om hur många som hade en godkänd bisyssla vid ett givet tillfälle. Det utfördes inte heller tillräckliga kontroller inom det systematiska internkontrollarbetet avseende bisysslor.

[8] Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, 2019.

9.1.6 Statskontorets rapport om bisysslor

I Statskontorets rapport om bisysslor från 2019 lämnas ett flertal iakttagelser om hur hanteringen av bisysslor fungerar i myndigheter, kommuner och regioner.[9] Det tas upp att det har blivit något vanligare att kommuner och regioner har riktlinjer om bisysslor men att de inte alltid omfattar de kommunala bolagen. Vidare tas upp att arbetsgivarna anser att regelverket är svårt att tolka och efterfrågar därför mer vägledning. Flertalet arbetsgivare lever upp till sin informationsplikt genom att informera nyanställda om vilka regler som gäller för bisysslor. Det har blivit vanligare att arbetsgivare i kommuner och regioner ställer frågor om anställdas bisysslor. Var femte kommun ställer dock inga frågor alls. En förklaring till detta kan vara att vissa arbetsgivare utgår från att arbetstagarna ska lämna uppgifterna på eget initiativ. En annan förklaring är att det av integritetsskäl kan uppfattas som känsligt att ställa den typen av frågor.

I rapporten beskrivs att flertalet myndigheter, kommuner och regioner dokumenterar anställdas bisysslor, men färre gör centrala sammanställningar över bisysslorna. Ett skäl till detta är att regelverket för behandling av personuppgifter uppfattas som komplicerat. Vissa arbetsgivare anser också att det är tidskrävande och tekniskt komplicerat att få till sökbara centrala sammanställningar.

Enligt rapporten kontrollerar kommuner och regioner sällan sina anställdas bisysslor och myndigheter gör det än mer sällan. Detta kan tolkas som att offentliga arbetsgivare inte anser att behovet av att kontrollera uppväger den tid och de resurser som skulle krävas för att genomföra kontrollerna. Att vissa kommuner och regioner inte regelbundet frågar sina anställda om deras bisysslor kan också bero på att det uppfattas som känsligt eller besvärligt att göra detta. Chefer kan tycka att det är obehagligt att ställa, vad som kan uppfattas som integritetskränkande, frågor om den anställdas aktiviteter utanför arbetet. Arbetstagare kan också anse att det inte angår arbetsgivaren.

Statskontoret tar även upp hälso- och sjukvården specifikt och konstaterar då följande.

> Av våra intervjuer framgår att arbetshindrande och konkurrerande bisysslor aktualiseras oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter. Till detta bidrar det fria vårdvalet som ökar

[9] Statskontoret (2019).

möjligheterna för främst läkare och sjuksköterskor att arbeta privat på sin lediga tid. Läkarnas jour- och beredskapsavtal gör också att de har mycket ledig tid att ta ut. Tid som de ibland använder för att arbeta privat. Hur man ser på att anställda arbetar privat på sin lediga tid skiljer sig mycket mellan regionerna, enligt flera av våra intervjupersoner.[10]

9.1.7 Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal

I en rapport från 2020 belyser Konkurrensverket några aspekter av regionernas hantering av bisysslor.[11] Konkurrensverket tar upp att många läkare som är anställda av regionerna också är egenföretagare och arbetar som hyrläkare som bisyssla på sin lediga tid.

I rapporten anges att regionerna inte tillåter att läkare som är anställda av regionen arbetar som hyrläkare i samma region då det ses som en konkurrerande bisyssla. Vanligen finns det dock inget som hindrar att en läkare arbetar som hyrläkare i en annan region. Inhyrd personal omfattas inte av upphandlande myndigheters arbetsgivaransvar eftersom de inte är anställda där.

Konkurrensverket lämnar även en rekommendation till regionerna, nämligen följande.

> Regionerna bör skaffa sig kunskap om de bisysslor som kan konkurrera med arbetsgivarens verksamhet eller är arbetshindrande. En region som inte känner till sina anställdas bisysslor har även sämre möjligheter att organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt och undvika jäv och intressekonflikter som kan tänkas uppstå när regionen upphandlar.[12]

9.1.8 Granskningar i media

Piteå-Tidningen publicerade i december 2020 en artikel om bisysslehanteringen i region Norrbotten under år 2019.[13] Av artikeln framgår att 746 anställda hos region Norrbotten totalt hade 900 bolagsengagemang registrerade hos Bolagsverket. Av dessa personer fanns endast 109 i regionens lista över anmälda bisysslor 2019.

[10] Statskontoret (2019), s. 33.
[11] Konkurrensverket 2020:4.
[12] Konkurrensverket 2020:4, s. 10 f.
[13] Piteå-Tidningen, 28 december 2020.

Även enskilda fall av bisysslor där lämpligheten har ifrågasatts har uppmärksammats, exempelvis av Upsala Nya Tidning i december 2020[14] och Nerikes Allehanda i december 2020[15].

9.2 Slutsatser och sammanfattning

Utifrån den beskrivning som har lämnats i detta kapitel kan utredningen konstatera att det förekommer oanmälda bisysslor beträffande sjukvårdspersonalen i flera regioner och att kritik mot detta har framförts flera gånger. Det visar bl.a. de granskningsrapporter och tidningsartiklar som har tagits upp ovan. Utredningen har dock inte undersökt alla regioner eller all hantering av alla bisysslor. Det kan därför förekomma regioner helt utan problem med underrapportering av bisysslor. Utredningen kan inte heller säga något om huruvida de bisysslor som inte har rapporterats är otillåtna eller av andra skäl problematiska.

Utredningen har undersökt vilka typer av stöddokument som har tagits fram som handlar om bisysslor och som särskilt har en koppling till hälso- och sjukvårdssektorn. Utredningen kan då konstatera att Arbetsgivarverket har ett allmänt stöddokument om bisysslor för arbetsgivare från 2012. Vidare har SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.[16] De dokumenten är dock inte inriktade på hälso- och sjukvårdssektorn. Vissa regioner har emellertid tagit fram sådana stöddokument, vilket redogjorts för i kapitel 3.

Utredningens uppdrag handlar om att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar inte ska ha en negativ påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. Bisysslor och frågan om de är förtroendeskadliga, arbetshindrande och konkurrerande är därför av intresse. Hälso- och sjukvårdspersonalens bisysslor hos privata vårdgivare skulle potentiellt kunna påverka den offentligt drivna vården menligt och även påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Samtidigt finns det positiva konsekvenser av att offentliganställda kan ha bisysslor hos privata vårdgivare.

[14] Upsala Nya Tidning, 20 december 2020.
[15] Nerikes Allehanda, 20 december 2020.
[16] Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

10 Internationell utblick

10.1 Inledning

I detta kapitel finns en beskrivning av utredningens internationella utblick över utvalda länder. Utblicken avser s.k. frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i varierande grad i alla OECD-länder.[1] Utredningen har valt att i utblicken inkludera fyra länder med hälso- och sjukvårdsvårdssystem som har likheter med det svenska, nämligen Norge, Finland, Danmark och Kanada. Länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem med i huvudsakligen offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras framför allt via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas. Kanada inkluderades också därför att det där, till skillnad från i Sverige, finns regleringar m.m. som på olika sätt begränsar hur hälso- och sjukvård får betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.

Syftet med den internationella utblicken har varit att studera skillnader och likheter mellan länderna avseende förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar, för att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Ytterligare aspekter som berörs i kapitlet avser utvecklingen av antalet försäkringar över tid, identifierade rapporter och studier där konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar har analyserats, samt samhällsdebatten om privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land.

I detta kapitel beskrivs först vilken metod som har använts för att göra den internationell utblicken. Därefter beskrivs resultaten för de länder som har undersökts. Det finns ett särskilt avsnitt som kort

[1] Anell (2020), s. 110. Ordet frivilliga används här för att förtydliga att det är just de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna som avses, oaktat att det i vissa OECD-länder också förekommer obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som huvudsaklig finansieringsmodell för hälso- och sjukvården.

beskriver privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än de särskilt undersökta. Kapitlet avslutas med en sammanfattning samt utredningens slutsatser.

I texterna nedan återkommer vissa begrepp som redan har förklarats i kapitel 2, 5 och 6. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste begreppen.

- *Gruppförsäkring respektive individuellt tecknad försäkring:* En gruppförsäkring upphandlas av t.ex. en arbetsgivare, ett fackförbund, en idrottsförening etc. och erbjuds samtliga anställda/medlemmar. En individuellt tecknad försäkring tecknas av individen själv.
- *Hushållens utgifter ur egen ficka:* Avser kontanta betalningar för hälso- och sjukvård, t.ex. patientavgifter, kostnader för läkemedel etc.
- *Komplementär respektive supplementär försäkring:* En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

10.2 Utredningens metod för utblicken

Den internationella utblicken är översiktlig och har genomförts med utgångspunkt i publikt tillgängliga data samt utvalda artiklar och rapporter om förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge, Finland, Danmark och Kanada.

Relevanta artiklar och rapporter har identifierats med hjälp av bl.a. utredningens expertgrupp. För Norge, Finland och Danmark har statistik över förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar hämtats från branschorganisationer i respektive land. Beskrivningen av privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada utgår huvudsakligen från en bok publicerad 2020 av European Observatory on Health Systems and Policies. Denna bok ligger också till grund för kapitel 10.7.

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen och European Observatory on Health

Systems and Policies på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.[2]

10.3 Norge

10.3.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Norge finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (85,3 procent år 2018). Alla invånare omfattas av den offentligfinansierade vården, som innefattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård, tandvård till barn under 18 år och vissa prioriterade grupper samt vissa receptbelagda läkemedel. Tandvård för vuxna och icke-medicinsk ögonvård är exempel på tjänster som inte omfattas.[3] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (14,3 procent år 2018).[4] Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för 0,4 procent av kostnaderna i hälso- och sjukvården.[5]

Organisering av hälso- och sjukvården

Primärvården organiseras kommunalt medan sjukhus och annan specialistvård har ett statligt huvudmannaskap.[6] Det statliga huvudmannaskapet är i praktiken organiserat i fyra regionala hälsovårdsmyndigheter.[7]

[2] Seminariet var upplagt på så vis att en introduktion till privata sjukvårdsförsäkringar gjordes av Sarah Thomson och att Joakim Ramsberg från Vård- och omsorgsanalys informerade om den svenska kontexten. Därefter informerade tre experter (Sara Allin, Steve Thomas och Liina-Kaisa Tynkkynen) om hur det ser ut i Kanada, Irland respektive Finland. Sedan blev det en dialog utifrån de frågeställningar som kom upp på seminariet.
[3] European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff., WHO (2018) och Commonwealth fund, Norge.
[4] European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff. och WHO (2018).
[5] Sperre Saunes et al. (2020), s. 54.
[6] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 40 och 81 ff.
[7] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

10.3.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Norge har 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring,[8] vilket motsvarar cirka 12 procent av befolkningen.[9] Mätt i procent är privata sjukvårdsförsäkringar därmed nästan dubbelt så vanligt i Norge som i Sverige, där cirka 6,5 procent av invånarna har en privat sjukvårdsförsäkring. Majoriteten, 90 procent, av försäkringarna är gruppförsäkringar via arbetsgivare.[10]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Majoriteten av de privata sjukvårdsförsäkringarna är av supplementär karaktär och erbjuder korta väntetider till vård, ofta genom privata vårdgivare. Försäkringarna omfattar planerad vård men inte akut vård.[11]

En majoritet (90 procent) av behandlingarna som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna genomförs av fysioterapeuter, kiropraktorer eller specialistläkare.[12] Tandvård omfattas generellt inte av sjukvårdsförsäkringarna.[13]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

År 2003 infördes skattebefrielse för privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivare. År 2006 blev dessa dock åter skattepliktiga.[14] Gruppförsäkringar som arbetsgivaren betalar betraktas således i dag som löneförmåner som ska beskattas. Vissa typer av tjänster är dock fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador.[15] Utredningen har inte kunnat finna någon

[8] Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.
[9] Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet*.
[10] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[11] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 105 ff och Sperre Saunes et al. (2020), s. 69.
[12] Finans Norge *Behandlingsforsikring*.
[13] Vid jämförelse av försäkringsvillkor hos If, Storebrand & Tryg. If, *Information vedr. Vilkårstekster*, Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikringsvilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* och Tryg, *Behandlingsforsikring Dekningsvilkår*.
[14] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[15] Grøndahl (2021).

särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet invånare med en privat sjukvårdsförsäkring ökade från drygt 33 000 till nära 340 000 mellan åren 2003 och 2011.[16] Sedan dess har antalet nästan fördubblats fram till 2020.[17] Utvecklingen har enligt Tynkkynen et al. främst drivits av observerade brister i det offentliga systemet (särskilt långa väntetider), politik (t.ex. skattebefrielsen 2003–2006) och försäkringsbolagens kraftiga marknadsföring.[18]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Helsedirektoratet har finansierat en sammanställning om förekomst och möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge. Sammanställningen genomfördes av en forskare vid Oslo universitet som 2018 publicerade resultatet i en rapport, där både möjliga för- och nackdelar för den offentligfinansierade vården lyftes fram.[19] En slutsats från rapporten är att det är troligt att privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till att öka olikheter i väntetider till viss specialistvård i landet. Däremot dras inga slutsatser om att privata sjukvårdsförsäkringar har lett till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården.

I forskningsstudier där privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro studerats har man inte kunnat påvisa att sjukskrivningar minskar till följd av sjukvårdsförsäkringar.[20]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar har skapat viss debatt i Norge. Exempelvis har Bent Høie, Norges hälso- och omsorgsminister, uttryckt en oro för att privata sjukvårdsförsäkringar ska underminera det

[16] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[17] Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.
[18] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[19] Grepperud (2018).
[20] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.

offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[21] Även andra politiker och forskare har uttryckt en skepsis mot de privata sjukvårdsförsäkringarna, samtidigt som representanter för försäkringsbolag beskriver att de skapar värde för många företag och anställda.[22] En av de risker som lyfts i debatten är att hälso- och sjukvårdssystemet blir tudelat och att den personliga ekonomin har betydelse för hur god vård man får.[23]

10.4 Finland

10.4.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Finansiering av hälso- och sjukvården

Vården finansieras i huvudsak genom skatteintäkter på lokal eller regional nivå (78,6 procent år 2018).[24] Socialförsäkringen, som innefattar en offentlig sjukvårdsförsäkring, omfattar näst intill alla permanent bosatta i Finland.[25] Denna ersätter en del av kostnaderna även för privat vård.[26] Företagshälsovården finansieras förutom genom offentliga medel även till cirka 50 procent av arbetsgivarna.[27] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör (för år 2018) cirka 18,4 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna och de privata sjukvårdsförsäkringarnas kostnader utgör cirka 1,95 procent.[28]

Organisering av hälso- och sjukvården

Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat. Det primära ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på cirka 300 kommuner som ansvarar för finansieringen av både primärvård och specialiserad vård.[29] Utöver den offentliga kommunala hälso- och sjukvården finns även företagshälsovård samt en privat hälso- och sjukvård. Företagshälsovården förser en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder

[21] Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.
[22] NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, 2017-07-20.
[23] Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.
[24] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81–85 och WHO (2018).
[25] Tuorila (2019).
[26] Valtonen et al. (2014).
[27] Valtonen et al. (2014). För beskrivning av företagshälsovården i Sverige, se kapitel 5.
[28] WHO (2018).
[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.

med primärvårdstjänster. Den privata hälso- och sjukvården omfattar både primärvård, specialistvård och tandvård.[30]

10.4.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I juni 2020 hade 24 procent av finländarna en privat sjukvårdsförsäkring, att jämföra med 6,5 procent i Sverige. Majoriteten, 79 procent, av dessa var individuellt tecknade försäkringar.[31] Vanligast är privata sjukvårdsförsäkringar bland barnfamiljer. Av barnfamiljer med två vårdnadshavare har knappt hälften en privat sjukvårdsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringarna är också vanligare bland hushåll med högre inkomst (30 procent av hushållen i högsta femtedelen jämfört med 8 procent i lägsta femtedelen).[32]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

De flesta sjukvårdsförsäkringar i Finland är kombinationsförsäkringar, som alltså omfattar såväl supplementära som komplementära inslag.[33] De omfattar undersöknings- och vårdkostnader, kostnader för sjukhusinläggning samt kostnader för ordinerade läkemedel.[34] Försäkringarna ger också ofta korta väntetider till vård.[35]

Därutöver finns en ny s.k. ”lågtröskel”-hälsoförsäkring som endast omfattar kostnader för undersökning på grund av sjukdom eller skada, men inte kostnader för vård, fysioterapi, läkemedel, sjukhusinläggningar eller hälsoundersökningar.[36]

Många av försäkringsbolagen samarbetar med specifika privata vårdgivare. Ett av bolagen har ett eget sjukhusnätverk. Övriga samarbetar med en/flera privata vårdgivare/vårdkoncerner genom partnerskap. Vårdkontakter med övriga vårdgivare omfattas ofta inte av försäkringen.[37] I praktiken fungerar privata sjukvårdsförsäkringar

[30] Valtonen et al. (2014).
[31] Finanssiala (2020) och Finanssiala (2021).
[32] Kajantie (2019).
[33] Se redogörelser för försäkringarnas innehåll i t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 84 och Keskimäki et al. (2019), s. 69 f.
[34] FINE (2019).
[35] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.
[36] Tuorila (2019).
[37] Tuorila (2019).

ofta som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[38]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagens verksamhet regleras bl.a. genom lagen om försäkringsavtal och lagen om försäkringsdistribution.[39] Skatteplikten för en förmån som fås genom en sjukvårdsförsäkring bedöms enligt bestämmelsen om företagshälsovård i inkomstskattelagen. I de fall arbetsgivaren står för sjukvårdsförsäkringen kan den utgöra en skattefri förmån beroende på bl.a. försäkringsskyddets omfattning, beloppet av försäkringspremien och ersättningens maximibelopp.[40] Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet finländare med privat sjukvårdsförsäkring har ökat med 50 procent sedan 2009.[41] De viktigaste orsakerna för att teckna en privat sjukvårdsförsäkring anges vara att få korta väntetider till hälso- och sjukvårdstjänster, ett bredare utbud av tjänster, en syn på att de privata tjänsterna har en högre kvalitet samt ett uttalat önskemål om att använda privata tjänster.[42] Låg tillgänglighet till primärvården har även lyfts fram som en bidragande orsak.[43]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Folkpensionsanstalten i Finland studerade år 2014 privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på användningen av hälso- och sjukvårdstjänster. Studien visade ett ökat utnyttjande av privata tjänster bland både barn och vuxna med individuellt tecknad sjukvårdsförsäkring. Bland vuxna med individuellt tecknad försäkring minskade utnytt-

[38] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[39] Tuorila (2019).
[40] Skatteförvaltningen/Verohallinto (2017).
[41] Finanssiala (2020).
[42] Valtonen et al. (2014).
[43] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

jandet av offentliga tjänster, men inte bland barn. Gruppförsäkringar påverkade inte användningen av hälso- och sjukvårdstjänster.[44]

Trots att antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat kraftigt, har antalet privata läkarbesök mellan år 2000 och år 2017 inte ökat med mer än 10 procent. Däremot har antalet privata remisser för vård och/eller undersökningar ökat kraftigt, med cirka 50 procent.[45]

Konkurrens- och konsumentverket i Finland lyfter risken för bl.a. en ökad ojämlikhet bland invånarna. Om detta kan ses i praktiken har dock inte studerats.[46]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det har inte varit någon stor offentlig debatt i Finland om privata sjukvårdsförsäkringar. Den debatt som har förekommit har i huvudsak handlat om upplevda problem med den offentliga hälso- och sjukvården.[47] Medierapporteringen har huvudsakligen handlat om den försäkrades perspektiv.[48]

10.5 Danmark

10.5.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (83,9 procent år 2018).[49] Offentligt finansierad vård omfattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård och långtidsvård samt tandvård till barn under 18 år. För receptbelagd medicin finns ett högkostnadsskydd likt det i Sverige.[50] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (13,8 procent år 2018). Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2018 för cirka 2,3 procent av kostnaderna.[51]

[44] Valtonen et al. (2014).
[45] Kajantie (2019).
[46] Valtonen et al. (2014).
[47] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[48] Tuorila (2019).
[49] WHO (2018).
[50] Commonwealth fund, Danmark.
[51] WHO (2018).

Organisering av hälso- och sjukvården

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är förhållandevis decentraliserat. Fem regioner har det huvudsakliga ansvaret för att finansiera samt organisera specialiserad vård respektive primärvård.

Danmark har 98 kommuner och dessa ansvarar bl.a. för drift av äldreomsorg, viss tandvård, hälsofrämjande arbete, rehabilitering samt ett flertal olika sociala tjänster.

På samma sätt som i Sverige är primärvården en första instans för patienter som söker sig till hälso- och sjukvården. Även strukturen för sjukhusvården liknar i stort den svenska.[52]

10.5.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Danmark är privata sjukvårdsförsäkringar vanligare än i övriga nordiska länder. 2,15 miljoner invånare hade 2019 en supplementär sjukvårdsförsäkring,[53] vilket motsvarar cirka 37 procent av invånarna.[54] Omkring 44 procent av invånarna hade samma år en komplementär privat sjukvårdsförsäkring.[55] Hur stor andel av befolkningen som har en av de två försäkringstyperna eller som har båda har utredningen inte hittat några uppgifter om. I Sverige är det cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring vilket motsvarar cirka 6,5 procent av invånarna.

Den stora majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna är gruppförsäkringar som erbjuds som en förmån via arbetsgivare. Dessa kan omfatta såväl den anställda som dennes barn och samboende. Enligt branschorganisationen Forsikring & Pension är 79 procent primära försäkringstagare med en arbetsgivarbetald gruppförsäkring, 18 procent är medförsäkrade barn och samboende och enbart 3 procent har en individuellt tecknad försäkring.[56]

[52] Commonwealth fund, Danmark.
[53] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.
[54] Eurostat. *Population on 1 January by age and sex*.
[55] Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*.
[56] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

I de supplementära sjukvårdsförsäkringarna ingår ofta väntetidsgarantier som ger korta väntetider till specialistvård, utredning, vård och behandling vid privata sjukhus, fysioterapi, kiropraktorbesök samt hälsoundersökningar.[57] Under 2019 var de två största ersättningsposterna operationer (46 procent) samt fysioterapi, kiropraktor och liknande tjänster (33 procent).[58]

Den icke vinstdrivande försäkringsgivaren *Sygeforsikringen "danmark"* dominerar marknaden för komplementära sjukvårdsförsäkringar. Försäkringsgivaren har olika försäkringsplaner, där den populäraste täcker vissa kostnader för läkemedel, tandvård, glasögon, linser, fysioterapi, psykologbesök och vaccinationer.[59]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagen regleras bland annat av lagen om försäkringsverksamhet.[60] Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering av specifikt privata sjukvårdsförsäkringar utöver skatteregleringen.[61] Mellan år 2002–2012 var arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar skattebefriade. Vissa typer av tjänster är fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar.[62]

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

Supplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark har stadigt ökat i antal under 2000-talet. Denna utveckling drivs nästan uteslutande av att företag erbjuder gruppförsäkringar som en förmån till anställda. De skattemässiga incitamenten för att erbjuda arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring mellan 2002–2012 har bidragit till utvecklingen.[63] Ett år efter att dessa skatteregler infördes hade cirka 230 000 danskar en

[57] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[58] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.
[59] Commonwealth fund, Danmark; Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och Forsikring & Pension, *Find din Gruppe*.
[60] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.
[61] För skatteregleringen, se Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5*.
[62] Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring* (2012).
[63] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39–42 och Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

supplementär sjukvårdsförsäkring. År 2012 hade siffran ökat till över 1,5 miljoner. Antalet försäkrade har fortsatt att öka och var år 2019 över 2,15 miljoner (37 procent av befolkningen). Tynkkynen et al. lyfter att bidragande faktorer till att privat sjukvårdsförsäkring ses som en attraktiv arbetsgivarförmån i Danmark har varit långa väntetider i den offentliga vården och en preferens för privata vårdgivare.[64]

Antalet danskar med komplementär sjukvårdsförsäkring har ökat från 270 000 personer år 1973 till över 2,5 miljoner år 2019.[65]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det har i utblicken inte identifierats några myndighetsrapporter över beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark.

Danska studier från bl.a. branschorganisationen Forsikring & Pension från år 2010 och 2012 har visat ett samband mellan att ha en privat sjukvårdsförsäkring och lägre sannolikhet för långvarig sjukskrivning liksom färre sjukskrivningsdagar.[66]

En forskningsartikel från Søgaard et al. visar vidare att arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar har inneburit en lägre total användning av offentligfinansierad sjukhusvård i Danmark, samtidigt som det betonas att studien inte kan avgöra vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvårdssystemet i stort.[67]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Enligt Tynkkynen et. al. har det inte funnits någon stor debatt om komplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark. Däremot har det funnits en debatt om de supplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.[68] Skattebefrielsen av arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar som infördes 2002 hade flera syften, nämligen att öka arbetsgivares ansvarstagande för anställdas hälsa, möjliggöra korta vänteti-

[64] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[65] Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.
[66] Pedersen och Arendt (2012), Borchsenius och Hansen (2010), och Stephansen (2012).
[67] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58 och 68 med hänvisning till Søgaard m.fl. (2013).
[68] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

der till vård för de försäkrade, reducera sjukfrånvaro bland anställda, samt bidra till positiva effekter för hela hälso- och sjukvårdssystemet i form av t.ex. lägre kostnader för den offentliga vården och kortare väntetider inom den offentligfinansierade vården (eftersom personer med försäkringarna då inte nyttjar den offentligfinansierade vården och det därmed blir färre personer som nyttjar densamma).[69] Kritiker menar dock att försäkringarna innebär ökade kostnader och att kapaciteten inte förbättras. Andra motargument har inkluderat att den offentligfinansierade vården behöver ta emot patienter med mer komplicerade behov samt att eventuella fel som inträffar inom den privata vården blir den offentligfinansierade vårdens ansvar.[70]

10.6 Kanada

10.6.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdssystemet Canadian MediCare är decentraliserat och i huvudsak offentligfinansierat. Det är de tio provinserna och de tre territorierna som är ansvariga för både finansiering och organisation av vården. Provinserna och territorierna har egna offentliga sjukvårdsförsäkringar som omfattar alla medborgare och stadigt bofasta.[71] För att ta del av statligt ekonomiskt stöd måste provinserna och territorierna följa nationella standarder som finns i Canada Health Act.[72]

Det offentliga åtagandet i Kanada omfattar vård som ges av läkare eller på sjukhus. Läkemedel, äldreomsorg och tandvård omfattas dock inte.[73] I regel omfattas inte heller t.ex. långtidsvård (i särskilt eller ordinärt boende), palliativ vård, stöd till informella vårdare, rehabilitering, medicinska hjälpmedel, viss psykiatrisk vård, synvård, missbruksvård eller komplementärmedicin. Det är stora skillnader mellan territorierna och provinserna när det gäller vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet.[74] För att få tillgång till vård som

[69] Olesen (2009), s. 274 f.
[70] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[71] Commonwealth fund, Kanada.
[72] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.
[73] SOU 2002:31, s. 59.
[74] Allin et al. (2020), se t.ex. s. xvii, 34, 40, 57, 65, 67 och 101.

inte tillhandahålls av det offentliga krävs att den enskilde har en privat sjukvårdsförsäkring eller betalar kontant.

För år 2018 betalades cirka 73,5 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna genom skatteintäkter och 14,7 procent utgjordes av hushållens utgifter ur egen ficka.[75] Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för cirka 12 procent,[76] vilket är en större andel än i de nordiska länderna.

Organisering av hälso- och sjukvården

Landets provinser och territorier ansvarar för hälso- och sjukvården.[77] Regelverken ser olika ut i de olika provinserna/territorierna och är en blandning av policys och uttryckliga regler. Majoriteten av sjukhusen är offentliga, förutom i Ontario, där majoriteten av sjukhusen ägs av privata icke-vinstdrivande organisationer. De allra flesta läkarna, såväl inom primärvård som inom den öppna specialistvården, är dock privata utförare, och är egenföretagare med privata mottagningar.[78] Detta beror på att en ”överenskommelse” träffades med läkarna i samband med införandet av hälso- och sjukvårdssystemet som innebär att läkarna förbinder sig att arbeta antingen åt det offentliga eller det privata. Det är således inte tillåtet att verka i båda systemen samtidigt. Läkarna är också självständiga i förhållande till det offentliga. De är egenföretagare och styr själva sin arbetstid etc. De fakturerar endast det offentliga eller endast det privata.[79] Detta förbud att ta emot både offentligt och privat finansierade patienter beskrivs som ett förbud mot ”dual practice”. Det är inte en nationell reglering utan förbudet kan skilja sig åt inom landet.

[75] WHO 2018.
[76] Allin et al. (2020), s. 151.
[77] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.
[78] Commonwealth fund, Kanada.
[79] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

10.6.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

Komplementära privata sjukvårdsförsäkringar är betydligt vanligare i Kanada än i Sverige. Drygt två tredjedelar av landets invånare (69 procent) uppskattas ha en komplementär sjukvårdsförsäkring. Majoriteten av försäkringarna i Kanada är gruppförsäkringar som betalas av arbetsgivare och som utöver arbetstagaren även omfattar maka/make och/eller barn.[80] Dessa försäkringar är ofta en del av förmånerna i anställningen, och är således inte frivilliga i ordets sanna bemärkelse.[81] Vidare är dessa förmåner ofta förbehållna personer med högavlönade tillsvidareanställningar, medan personer med lågavlönade jobb, eller tillfälliga anställningar av olika slag mer sällan kan ta del av denna typen av förmåner.[82]

I de flesta provinser och territorier är *supplementära sjukvårdsförsäkringar* inte tillåtna och förekommer knappt, se mer nedan om regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar.[83]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivits ovan är det de komplementära sjukvårdsförsäkringarna som används i Kanada. Försäkringarna har en komplementär roll och omfattar hälso- och sjukvårdstjänster som inte ersätts av det offentliga så som t.ex. palliativ vård, missbruksvård, viss psykiatrisk vård, synvård, tandvård, receptbelagda läkemedel i öppenvård, rehabilitering och privata sjukhusinläggningar.[84] De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll är störst inom tandvård och läkemedel.[85]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

I Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Både den federala och de provinsiella/territoriella lagstiftande församlingarna är involverade i denna regle-

[80] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 112 f. och 115.
[81] Allin et al. (2020), s. 74.
[82] Allin et al. (2020), s. 151.
[83] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99.
[84] Commonwealth fund, Kanada.
[85] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 104.

ring.[86] Försäkringsbolagen omfattas av en reglering som säkerställer deras betalningsförmåga gentemot de försäkrade.

Vidare finns det ovan beskriva förbudet mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta inom det offentliga och det privata systemet samtidigt. Läkarna måste således välja ett system att verka i. Denna typ av reglering resulterar i att de flesta vårdgivare väljer att verka inom den offentligt finansierade vården, där det finns ett större patientunderlag. Det finns även andra regleringar som på olika sätt kan påverka privata sjukvårdsförsäkringar t.ex. reglering rörande maxbelopp på läkararvoden.[87]

Härutöver finns det regleringar gällande vad försäkringarna får omfatta och under vilka villkor försäkringarna får säljas.[88] Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar, som erbjuder privata alternativ till det offentliga utbudet eller kortare väntetider än det offentliga utbudet, är förbjudna respektive hindras av en komplex uppsättning av regler som skiljer sig mellan de olika provinserna och territorierna.[89] I fem provinser finns det ett förbud mot att privata sjukvårdsförsäkringar omfattar tjänster som också omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen, dvs. supplementära försäkringar. Den vård som erbjuds inom det offentligas omsorg får därmed inte erbjudas inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.[90]

Denna form av regleringar har ifrågasatts och en uppmärksammad dom i Högsta domstolen i Kanada 2005 (Chaoulli v. Québec) slog fast att regleringen bryter mot Québec-provinsens stadga om rättigheter (*Québec's Charter of Rights*) i det fall det är långa väntetider inom det offentliga sjukvårdssystemet.[91] Domen har inneburit att viss supplementär försäkring numera tillåts i Québec, för ett begränsat antal tjänster (t.ex. knä- eller höftledsbyte och kataraktoperationer innefattandes intraokulär linsinsättning).[92] Domen är endast tillämplig på Québec, men flera andra provinser har liknande lagstiftning. Domen har gett upphov till liknande rättsfall i provinserna Alberta, British Columbia och Ontario.[93] Inget

[86] Allin et al. (2020), s. 40.
[87] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 f.
[88] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 120.
[89] Allin et al. (2020), s. 74.
[90] Allin et al. (2020), s. 74 f., European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 och Government of Canada, *Canada's Health Care System*.
[91] Chaoulli v. Québec (Attorney General), [2005] S.C.R. 791, 2005 SCC 35.
[92] Québec Health Insurance Act, Section 15 och 15.1. Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 121.
[93] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99 f.

ytterligare rättsfall har dock ännu prövats i Högsta domstolen.[94] Den högsta domstolen i British Columbia dömde i september 2020 i ett mål med liknande frågeställningar som i målet Chaoulli v. Québec, men med motsatt utgång. Domstolsprocessen var fyra år lång, och domen på 880 sidor. Ett flertal frågeställningar rörande privata sjukvårdsförsäkringar aktualiserades, bl.a. tillgång till supplementär sjukvårdsförsäkring och förbudet mot s.k. dual practice. Målet förväntas överklagas.[95]

I andra provinser, som inte har något förbud mot supplementära sjukvårdsförsäkringar, hindras dock marknaden på flera olika sätt av annan reglering, i huvudsak genom förbudet mot dual practice.[96]

Det finns inte något förbud mot eller andra regleringar som begränsar de komplementära sjukvårdsförsäkringarna i Kanada. I de flesta provinser kan arbetsgivare göra avdrag om de tecknar komplementära privata sjukvårdsförsäkringar för sina arbetstagare.[97]

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

De komplementära privata sjukvårdsförsäkringarna har länge haft en mindre roll i hälso- och sjukvårdens finansiering, även om antalet sådana försäkringar är betydligt större än i Sverige, där de knappt förekommer. I Sverige är försäkringarna främst supplementära.[98]

Mot bakgrund av den reglering som gäller för supplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada har dessa försäkringar en begränsad roll i systemet.[99]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns ett antal studier över konsekvenserna av komplementära privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada som har visat att personer med en sådan försäkring, som täcker kostnader för läkemedel, an-

[94] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[95] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies samt Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.
[96] Allin et al. (2020), s. 75.
[97] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 122 f.
[98] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 112.
[99] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99, 121.

vänder mer offentligt finansierade läkartjänster jämfört med personer utan försäkring. Det beskrivs som att om en person som är sjuk förväntar sig att ett läkarbesök kommer resultera i att medicin skrivs ut, är den mindre benägen att uppsöka vård om den inte har en försäkring som täcker den kostnaden.[100]

Vidare har det beskrivits att det finns en ojämlikhet i tillgången till vård som inte omfattas av det offentliga utbudet, t.ex. tandvård, som därför i stor utsträckning finansieras via komplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Detta i kombination med att tillgången till komplementära privata sjukvårdsförsäkringar ofta är förbehållna personer med högavlönade anställningar har beskrivits bidra till ojämlikheten. Cirka 54 procent av tandvården i Kanada finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar och 40 procent finansieras kontant. Det är således endast cirka 6 procent av tandvårdskostnaderna som finansieras med offentliga medel, vilket anses vara mycket lågt jämfört med andra jämförbara OECD-länder.[101]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns i huvudsak tre debatter som förts i Kanada om privata sjukvårdsförsäkringars roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Den första debatten inleddes under mitten av 1990-talet, då långa väntetider för flera vanliga hälso- och sjukvårdstjänster, så som ortopediska operationer, ögonoperationer, bilddiagnostik och cancerbehandlingar, ledde till en debatt om möjligheten till parallell privat finansiering genom att lätta på restriktionerna för supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Det uppmärksammade domstolsbeslutet om supplementära försäkringar, som ledde till att förbudet delvis luckrades upp i Québec-provinsen 2005, har bidragit till en fortsatt debatt.[102]

Den andra debatten har sprungit ur den ökande användningen av läkemedel, då läkemedel generellt sett inte omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen utan således behöver finansieras privat. Debatten har handlat om huruvida den offentliga försäkringen borde

[100] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 och 132.
[101] Allin et al. (2020), s. 128 och 151.
[102] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99 f.

omfatta även läkemedel eller om privat-offentliga partnerskap borde etableras.[103]

Den tredje debatten bygger på den ökande mängden interaktioner mellan offentligfinansierade och privatfinansierade delar av hälso- och sjukvården. Då de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll har vuxit har även antalet interaktioner med det offentliga ökat. Som beskrivs ovan anses den ojämlika tillgången till den vård som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en ojämlik tillgång och användning även av den offentligfinansierade vården.[104]

10.7 Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder

I European Observatory on Health Systems and Policies publikation *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*[105], som har redigerats av Sarah Thomson, Anna Sagan och Elias Mossialos, finns ett antal texter av olika författare som alla handlar om privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder. Boken har använts som huvudsaklig källa till avsnittet om Kanada i detta kapitel.

Inom ramen för denna utrednings arbete har det inte varit möjligt att fördjupa sig i privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än dem som redogjorts för ovan, bl.a. på grund av begränsad tid men även på grund av stora skillnader i sjukvårdssystem. För den som vill fördjupa sig i ytterligare länder och de lärdomar som kan dras genom studier av dessa, finns intressanta texter bl.a. i nämnda bok. Exempelvis finns beskrivningar av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Irland, Frankrike, Sydafrika, Israel, USA och Australien. Det finns bl.a. beskrivningar av hur försäkringarna har påverkat samhällena vad gäller diskussionen om att det kan uppstå parallella system med en offentligfinansierad del och en privatfinansierad del.

Det finns andra länder än de som utredningen närmare har studerat, som har betydligt större förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar, mätt i andel av finansieringen av hälso- och sjukvården jämfört med de nordiska länderna. I Irland t.ex. har 40–50 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring, och försäkringarna står för cirka 10–15 procent av finansieringen av hälso- och sjuk-

[103] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100.
[104] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 f.
[105] European Observatory on Health Systems and Policies (2020).

vården. I Belgien har cirka 60 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring och försäkringarna står för 5–10 procent av finansieringen. I båda dessa länder utgör alltså finansieringen en större andel än i de nordiska länderna. Trots det rör det sig fortfarande om en relativt begränsad andel av hälso- och sjukvården som finansieras genom försäkringar, särskilt i förhållande till hur många som har en försäkring. I Sydafrika t.ex. är förhållandet det motsatta. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 35 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården, men endast cirka 15 procent av befolkningen har en privat sjukvårdsförsäkring.[106]

Det finns flera landrapporter utgivna av European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbete med andra aktörer, som fokuserar på olika länders hälso- och sjukvårdssystem.[107]

Det har nyligen (augusti 2021) släppts en rapport från Ratio med titeln *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*.[108] Rapporten behandlar bl.a. skillnaderna mellan Sverige och Australien och resonerar om privata sjukvårdsförsäkringars relation till ett i grunden offentligfinansierat system.

10.8 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningens internationella utblick beskrivits. Det finns flera likheter i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och grannländerna Norge, Finland och Danmark men också viktiga skillnader. Exempelvis är andelen av befolkningen med privat sjukvårdsförsäkring högre i de tre nordiska länderna än i Sverige. Kanada särskiljer sig beträffande såväl förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar som reglering. Kanada skiljer ut sig också när det gäller hur hälso- och sjukvården är organiserad. I Kanada finns ett stort antal privata vårdgivare. Nedan sammanfattas de viktigaste likheterna och skillnaderna som framkommit genom den internationella utblicken.

[106] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[107] Dessa finns publicerade på European Observatorys hemsida, samlade under publikationsnamn Health Systems in Transition. Utredningen har ovan refererat till några av dessa rapporter, avseende Kanada, Finland och Norge.
[108] Ratio (2021).

10.8.1 Hälso- och sjukvårdssystem

De inkluderade länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem, som styrs och organiseras på provinsiell, regional eller lokal nivå. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras huvudsakligen via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas.

Andelen av hälso- och sjukvård som finansieras via skattemedel skiljer sig något mellan länderna. Andelen är något lägre i Kanada och Finland än i Norge och Danmark (som ligger på ungefär samma nivå som Sverige). I Finland utgör hushållens utgifter ur egen ficka i stället en något större del av kostnaderna. Eftersom det i Kanada är vanligare med komplementära sjukvårdsförsäkringar finansierar dessa delvis egenavgifter och andra kostnader som hushållen annars skulle behöva bära själva (ur egen ficka).

10.8.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

Förekomst av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. 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 ofta med erbjudande om korta väntetider eller större valfrihet. Kombinationer av dessa former av försäkringar är dock vanliga vilket gör att indelningen inte alltid kan göras.

Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i Norge (cirka 12 procent), Finland (cirka 24 procent) och Danmark (cirka 37 procent) än i Sverige (cirka 6,5 procent) och förekommer i ytterst begränsad omfattning i Kanada. Av de studerade länderna är således Danmark det land där störst andel av befolkningen har en supplementär sjukvårdsförsäkring.

Precis som i Sverige (cirka 60 procent) tecknas majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna som gruppförsäkringar via

en arbetsgivare i Norge (cirka 90 procent) och Danmark (cirka 97 procent), medan en stor andel av försäkringarna tecknas som individuella sjukvårdsförsäkringar i Finland (cirka 79 procent).

I Kanada och Danmark är det emellertid vanligt med *komplementära sjukvårdsförsäkringar* till skillnad från övriga studerade länder, inklusive Sverige. I Kanada har cirka 69 procent av landets invånare en komplementär sjukvårdsförsäkring. För Danmark är siffran cirka 44 procent.

Tabell 10.1 Sammanställning över andel supplementära respektive komplementära försäkringar i de studerade länderna

Angett i procent av befolkningen

Land	Andel supplementära försäkringar	Andel komplementära försäkringar
Norge	12 %	-
Finland	24 %*	-
Danmark	37 %	44 %
Kanada	-	69 %
Sverige	6,5 %*	-

* Dessa innefattar även komplementära inslag.
Not: ett streck innebär att utredningen inte lyckats få fram siffror avseende förekomsten av rena sådana försäkringar.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Tidigare jämförelser av exempelvis Tynkkynen et al. visar att supplementära sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark erbjuder liknande tjänster som försäkringarna erbjuder i Sverige. Exempelvis går det, likt i Sverige, att få tillgång till planerad specialiserad vård och rehabilitering. Finland särskiljer sig då privata sjukvårdsförsäkringar fungerar som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[109] Även Kanada särskiljer sig från övriga länder i och med förbudet mot supplementära sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt innehåller de komplementära försäkringarna i Kanada sådana tjänster som oftast erbjuds inom de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen i Norden.

[109] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Hur privata sjukvårdsförsäkringar ska beskattas regleras i alla länder. I både Norge och Danmark har det under delar av 2000-talet funnits skatteregler som har inneburit att privata sjukvårdsförsäkringar som erbjuds via arbetsgivare inte behöver förmånsbeskattas. Skattebefrielsen finns dock inte kvar i något av länderna i dag för den del som avser vårdtjänster. Vissa tjänster är fortsatt undantagna förmånsbeskattning, i likhet med den svenska regleringen. Det gäller de delar av försäkringarna som avser hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar. I Norge, Danmark och Finland förefaller privata sjukvårdsförsäkringar i övrigt regleras av samma lagar som annan försäkringsverksamhet.

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har en komplex uppsättning av regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Förbudet mot s.k. dual practice innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som dock delvis har uppluckrats efter en dom och det pågår även andra rättsfall. Det finns även i vissa provinser/territorier reglerade ersättningstak (dvs. högsta tillåtna belopp för ersättning) som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. Det finns inte något förbud mot komplementära sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Liksom i Sverige har förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar ökat under 2000-talet i de andra nordiska länderna. I Norge och Danmark har denna utveckling främst drivits av arbetsgivarbetalda försäkringar, likt i Sverige. I Finland har utvecklingen i stället drivits av individuellt tecknade försäkringar. Detta har bl.a. förklarats av en låg tillgänglighet till primärvård inom den offentliga hälso- och sjukvården.

I Kanada har supplementära sjukvårdsförsäkringar fortfarande en ytterst begränsad roll, medan komplementära sjukvårdsförsäkringar har varit vanliga länge.

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det är svårt att uttala sig om generella konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar utifrån den internationella utblicken. Det är få myndighetsrapporter som har identifierats i arbetet. För vissa av länderna har utredningen tagit del av studier över konsekvenserna av privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land, men forskningen på området är begränsad, vilket även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.[110] De studier som utredningen har identifierat rör i huvudsak privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro respektive vårdkonsumtion. Det är dock svårt att dra några generella slutsatser av dessa, då olika studier på området visar på blandade resultat och orsakssambanden inte är klara, något som även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.[111]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark kan anses likna den i Sverige. I Finland har det inte varit någon stor offentlig debatt.

Debatten i Kanada skiljer sig något från övriga länder, utifrån skillnaderna i såväl regleringen som de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i systemet. Debatten har i större utsträckning än i övriga studerade länder handlat om de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.

10.8.3 Slutsatser

Av den internationella utblick som utredningen har genomfört framgår att de studerade länderna har en del likheter med det svenska systemet men också att det finns en del skillnader. Det är svårt att dra slutsatser utifrån den information som har inhämtats eftersom informationen och forskningen om privata sjukvårdsförsäkringar är begränsad. Det kan dock konstateras att de nordiska länderna har en relativt liknande utveckling och reglering. Vad gäller försäkringarnas

[110] Vård- och omsorgsanalys identifierade få relevanta studier i sin litteraturgenomgång och beskrev att ett skäl till detta kan vara att forskningen på området är begränsad, se Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 112.
[111] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.

andel av finansieringen av hälso- och sjukvården ligger samtliga nordiska länder på en låg nivå. För Finland utgör försäkringarnas andel av finansieringen av hälso- och sjukvården 1,95 procent, för Danmark är det 2,3 procent, för Norge är det 0,4 procent och för Sverige 0,7 procent. Storleken skiljer sig alltså åt, men finansieringsgraden är alltjämt låg i relation till t.ex. Kanada, där privata sjukvårdsförsäkringar står för 12 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården.

Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur många i befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring skiljer sig däremot en hel del åt i de nordiska länderna, där Sverige har lägst andel (6,5 procent). Närmast jämförbara land är Norge, där en dubbelt så stor andel av befolkningen har privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med Sverige (12 procent).

Kanada skiljer sig på flera sätt gentemot övriga studerade länder och Sverige. I Kanada är de supplementära sjukvårdsförsäkringarna av mycket marginell omfattning. Det finns flera olika regelverk som begränsar marknaden för supplementära försäkringar, t.ex. den reglering som finns i flera provinser och territorier och som förbjuder supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Dessa regleringar har dock urholkats något genom den dom som redogjorts för ovan och påföljande debatter. Dessutom finns i Kanada ett förbud mot s.k. dual practice. Det är dock 69 procent av befolkningen som har en komplementär privat sjukvårdsförsäkring. Vidare är det offentliga utbudet av hälso- och sjukvård i Kanada mer begränsat än i Sverige, varför komplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada till viss del omfattar sådant som ingår i det offentliga utbudet i Sverige.

De slutsatser som kom fram under policydialogen som utredningen deltog i överensstämmer väl med de slutsatser som kommer fram i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*[112]. Det lyftes under diskussionen att privata sjukvårdsförsäkringar *kan* vara positiva för samhället, under förutsättning att försäkringarna är av en liten omfattning och att de inte påverkar den offentliga vården i negativ riktning. Det betonades att en större omfattning av privata sjukvårdsförsäkringar skapar problem, och det uttrycktes att privata sjukvårdsförsäkringar är ”förutsägbart utmanande”[113]. Vidare har det noterats att en framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar kan gå fort, att en ökning kan vara svår att stävja,

[112] European Observatory on Health Systems and Policies (2020).
[113] “Predictably challenging”.

och att en återgång till en mindre omfattning kan vara än svårare att uppnå.[114]

Under dialogen diskuterades frågan om vad som avses med ”en liten omfattning” och det framkom att man inte kan ange den exakta gränsen mellan en liten och en stor omfattning då det inte är möjligt att endast utgå från siffror om omfattningen av försäkringar. Det är flera olika faktorer som har betydelse för vilken påverkan sjukvårdsförsäkringarna har på samhället. En faktor som lyftes på dialogen och som kan ha betydelse för påverkan var om de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar väntetiderna i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården i negativ riktning, dvs. om förekomsten av försäkringar leder till längre väntetider. Andra faktorer, enligt ovan beskrivna slutsatser, som kan vara av betydelse för hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar samhället är vad det är för typ av privata sjukvårdsförsäkringar som används i landet. Exempelvis kan det finnas skillnader mellan påverkan från komplementära försäkringar jämfört med påverkan från supplementära försäkringar. Ytterligare faktorer som kan spela roll för vilken påverkan försäkringarna har på samhället, rör beslutsfattarna och den politiska viljan, såväl avseende att finansiera det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet som avseende förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. En politisk fråga handlar t.ex. om hur stor ojämlikhet i väntetider man är beredd att acceptera för de typer av vårdinsatser som erbjuds inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar, i relation till det ekonomiska tillskott som försäkringarna bidrar med genom att de personerna bekostar vården med försäkringar i stället för med offentliga medel.[115]

Utredningen noterar att det är utmanande att jämföra olika länder med liknande, men inte likadana, system. Som har framgått i redogörelserna ovan i kapitlet har samtliga studerade länder ett grundläggande offentligt utbud av hälso- och sjukvård i någon omfattning, men med ett flertal olika skillnader. Till exempel förekommer det skillnader avseende hur vården är organiserad, såväl avseende ansvar, finansiering och politisk styrning, som hur det ser ut i praktiken, vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet, etc. Dessa skillnader är särskilt framträdande vad gäller Kanada.

[114] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[115] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

Utredningen kan konstatera att den internationella jämförelsen ger vid handen att privata sjukvårdsförsäkringar i dagsläget är av relativt liten omfattning i Sverige. Det är dock inte endast förekomsten och omfattningen av försäkringarna som styr huruvida försäkringarna påverkar samhället. I följande kapitel finns utredningens uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige.

11 Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

11.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs, i enlighet med utredningens uppdrag, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården.

Kapitlet inleds med att redogöra för de utmaningar som finns med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Därefter ges en beskrivning av de olika former av påverkan som beskrivs i flera underlag samt utifrån vad som har framkommit av utredningens egna eftersökningar. I kapitlet finns ett särskilt avsnitt om påverkan i form av olika undanträngningseffekter. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Diskussion om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns i kapitel 8. En diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar i relation till den svenska välfärdsmodellen återfinns i kapitel 12.

11.2 Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

11.2.1 Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som mer fördjupat beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen refererar i betänkandet till statliga utredningar, myndighetsrapporter och forskningsartiklar som ur olika perspektiv beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. I dessa underlag görs antaganden där både risker, utmaningar och möjligheter med privata sjukvårdsförsäkringar redovisas liksom behovet av ytterligare forskning och utredningar.

År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* Det är en deskriptiv analys av Mårten Palme gjord på uppdrag av Svensk Försäkring. Analysen är baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utifrån ett regeringsuppdrag kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar.[1] IVO beskriver i en förstudie eventuella risker för patientsäkerheten när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad vård och vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.[2] Frågan om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på den svenska hälso- och sjukvården har också berörts av några statliga utredningar.[3]

Det finns några forskare som särskilt har beskrivit privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns även internationell forskning om privata sjukvårdsförsäkringar.[4]

Utredningen har fört dialoger med olika aktörer och har hämtat in uppgifter om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar kan

[1] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[2] IVO förstudie (2020).
[3] Se t.ex. SOU 2020:46, SOU 2002:31 och SOU 2003:23.
[4] Se t.ex. de källor som refereras i kapitel 10.

ha på hälso- och sjukvården, för att komplettera det underlag som finns.

11.2.2 Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter

En förklaring till att det inte finns särskilt mycket beskrivet om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i Sverige kan vara att hälso- och sjukvården huvudsakligen finansieras med offentliga medel och att privata sjukvårdsförsäkringar har uppfattats som en företeelse av begränsad omfattning och därmed inte uppfattats som en angelägen fråga att studera.

En annan förklaring kan vara bristen på myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad försäkringsbolagen betalar för vården till privata vårdgivare, nyttjandegraden av försäkringarna, varför man har en försäkring samt vilka som har privata sjukvårdsförsäkringar. Avtalen mellan försäkringsbolagen och privata vårdgivare är inte offentliga. Försäkringsbolagen omfattas inte av offentlighetsprincipen.

Bristen på data innebär att det är förenat med vissa utmaningar att beskriva vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Frågan om datatillgång beskrivs närmare i kapitel 7. Förslag på hur ytterligare data skulle kunna samlas in beskrivs i kapitel 13.

Sverige anses samtidigt ha tillgång till mer data och mer omfattande register än de flesta andra länder i EU och i världen. En beskrivning av hälso- och sjukvården kan emellertid inte göras enbart utifrån statistik. Analyserna måste också ofta kompletteras med mer kvalitativ analys, t.ex. i form av enkäter och intervjuer. Även om det skulle finnas data, finns det utmaningar med att genom statistisk analys mäta påverkan på hälso- och sjukvården generellt.[5]

Ytterligare en svårighet med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården är att det kan vara svårt att skilja privata sjukvårdsförsäkringars påverkan från påverkan från den privata vården i stort. Utan data kan det vara svårt att skilja privat finansiering i form av privata sjukvårdsförsäkringar från annan

[5] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.

privat finansiering så som kontant betalning. Det kan även vara svårt att skilja effekter från privat drift och privata utförare från effekter till följd av privat finansiering.

En annan utmaning med att beskriva sjukvårdsförsäkringars påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är att förekomsten av försäkringar ser olika ut över landet och inom olika vårdområden. Det kan därför vara svårt att göra jämförelser och dra slutsatser som gäller för hela Sverige. Även andelen vård som regionen upphandlar från privata vårdgivare skiljer sig mellan regionerna. Den vård som en försäkringstagare erhåller behöver inte heller ges i den region där försäkringstagaren bor. Försäkringsbolagen och de vårdgivare som försäkringsbolagen har avtal med verkar nationellt. Det finns således ofta inte samma koppling mellan den enskilde patientens bostadsort och den privata vårdgivarens verksamhetsort som normalt finns i den offentligfinansierade vården där regionens ansvar framför allt avser befolkningen i den egna regionen. För en närmare beskrivning av regionernas ansvar, se kapitel 6.

Effekterna av privata sjukvårdsförsäkringars eventuella påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården kan variera beroende på vilken slags vård som utförs. Privata sjukvårdsförsäkringar är exempelvis relativt vanligt inom ortopedi, men mindre vanligt inom andra områden (se vidare i kapitel 5).

Ytterligare en svårighet med att beskriva en eventuell påverkan kan kopplas till vårdvalssystemet och hur lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, är konstruerad samt skillnader mellan olika avtalsformer vad gäller möjligheten till uppföljning. Vård- och omsorgsanalys bedömer att när det gäller avtal enligt LOV går det i princip aldrig att säga att vårdgivaren har levererat den volym som den har åtagit sig, men det kan vara fallet enligt vissa avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.[6] Utredningen har undersökt dessa slutsatser men har inte kunnat bekräfta dem inom ramen för denna utredning.[7] Utredningen tolkar Vård- och omsorgsanalys uttalande som att det avser hur lätt eller svårt det är att följa upp om vårdgivaren har levererat vad som har avtalats. Utredningen menar att det kan vara lättare att följa upp ett LOU-

[6] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 63.
Se dock intervju med den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm, där han beskriver problem med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i vårdvalet (DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16).

avtal eftersom regionerna då ofta upphandlar en viss volym eller en maxvolym. Det är då någorlunda lätt att mäta om den privata vårdgivaren har levererat enligt avtalet eller inte. I LOV-avtalet är det patientens val av vårdgivare som styr på ett annat sätt, och någon takvolym finns inte i avtalen.[8] Det kan då vara svårare att följa upp de avtalen.

Frågan om förutsättningarna att följa upp avtal beroende på om det är frågan om ett avtal enligt LOU eller ett avtal enligt LOV har dock inte någon omedelbar koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar utan handlar, enligt utredningens bedömning, allmänt om förutsättningarna för avtalsuppföljning. Utredningen noterar också att försäkringsvården framför allt förekommer inom den öppna specialistvården och att det är relativt ovanligt med LOV inom specialistvården (även om det är vanligt förekommande i vissa regioner).[9]

11.3 Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården kan påverkas på olika sätt av privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan kapaciteten, väntetider och efterfrågan/konsumtion påverkas. Även utbildning och forskning/innovation skulle kunna påverkas, liksom kvaliteten på vården. Nedan följer ett antal avsnitt om påverkan, uppdelat på de nämnda områdena. En stor del av redogörelserna bygger på Vård- och omsorgsanalys studier i frågan.

11.3.1 Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården

Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar skulle på olika sätt kunna påverka kapaciteten inom hälso- och sjukvården, dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård.

Vård- och omsorgsanalys resonerar i rapporten från 2020 kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka kapaciteten i det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Vård- och omsorgsanalys menar att frågan om påverkan på kapaciteten är ”kom-

[8] Se mer om de olika sorternas avtal i kapitel 6.4.6 och 6.5.3.
[9] Uppgifter från utsänd regionenkät. Se mer i kapitel 6.

plex, med flera faktorer och dynamiska effekter som kan påverka och påverkas på kortare och längre sikt."[10]

Med kapacitet menar Vård- och omsorgsanalys "den totala mängden vård som det offentliga systemet, med offentliga och privata utförare sammantaget, har möjlighet att erbjuda vid en viss tidpunkt. Vårdpersonal, lokaler, utrusning, och ekonomiska resurser är exempel på resurser som kan påverka och begränsa kapaciteten".[11]

I kapitel 9 tar utredningen upp frågan om offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonals bisysslor hos privata vårdgivare. I det kapitlet redogörs för granskningar som visar på en delvis bristande efterlevnad hos regionerna, i egenskap av arbetsgivare, av reglerna om bisysslor. Som beskrivs i det kapitlet kan denna bristande efterlevnad ha en negativ inverkan på vården och påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården. Samtidigt, vilket också beskrivs i det kapitlet, finns positiva aspekter av att offentliganställda kan ha bisysslor hos de privata vårdgivarna.

I det följande beskrivs hur framför allt konkurrensen om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Detta avser således inte specifikt situationen där den offentliganställde har en bisyssla hos en privat vårdgivare.

Minskad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att konkurrensen om vårdpersonalen kan öka om den totala hälso- och sjukvården (både offentlig och privat) blir större. Vård- och omsorgsanalys menar att om vårdpersonal (eller andra fysiska resurser) skulle arbeta i den privatfinansierade vården i stället för i den offentligfinansierade vården, minskar kapaciteten i den offentligfinansierade vården. Risken för att sådan minskad kapacitet uppstår skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara extra stor vad gäller bristyrken.[12]

Som beskrivs i kapitel 6.6.1 förekommer det att regionerna avtalar om karenstid för anställda för att förhindra att anställda går direkt till privata vårdgivare från det att de har avslutat en anställning i regionen.

[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58.
[11] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.
[12] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 91.

Den privata vården kan även påverka den offentligfinansierade vårdens kapacitet genom att ge högre ersättning i jämförelse med offentliga arbetsgivare. Det skulle då kunna bli lättare för den privata vårdgivaren att attrahera personal och svårare för den offentliga vårdgivaren, som kan behöva betala högre löner vilket leder till ökade kostnader.[13] Det kan också finnas skillnader i arbetsvillkor mellan privata och offentliga vårdgivare som påverkar hur attraktiv arbetsgivaren är. Skillnader i villkor mellan privata och offentliga vårdgivare kan finnas oavsett förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar.

Det har dock framhållits att det ännu inte finns några belägg för att ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige har lett till en s.k. ”ond cirkel” där en ökad andel av befolkningen har vänt sig till den privata hälso- och sjukvården och där den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser minskat och blivit ett ”låg-kvalitetsalternativ”.[14]

Opåverkad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att om den privatfinansierade vården utförs utöver den vård som ändå skulle ges inom ramen för det offentligfinansierade systemet, påverkas inte antalet patienter som kan behandlas i den offentligfinansierade vården.[15] Det kan exempelvis vara så om en privat vårdgivare producerar fler antal timmar vård om den tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring i jämförelse med om den privata vårdgivaren inte tar emot några sådana patienter.

Vård- och omsorgsanalys knyter detta resonemang till begreppet ”ledig kapacitet” och menar att om vårdgivarna efterlever de krav de har på sig gentemot regionen i form av avtalade vårdtillfällen och väntetider kan det sägas finnas ”ledig kapacitet” hos vårdgivare om den har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen.[16] Samtidigt anpassar en privat vårdgivare sin kapacitet efter den efterfrågan som finns, på så vis att den rekryterar fler, utökar eller effektiviserar den

[13] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 61–62.
[14] Kullberg et al. (2021). Se även Winblad et al. (2021).
[15] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62.
[16] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62 f.

arbetade tiden. Det är således inte så att vårdgivare står med ”ledig kapacitet” under någon längre tid.[17]

Ökad kapacitet

Utifrån beskrivningen i avsnittet ovan om opåverkad kapacitet tolkar utredningen Vård- och omsorgsanalys bedömning som att det kan finnas situationer där privata vårdgivare kan producera mer vård om de samtidigt får uppdrag från exempelvis försäkringsbolag. De tar helt enkelt emot fler patienter jämfört med om de endast skulle ha haft patienter från regionen. Det innebär att den vård som ges via sjukvårdsförsäkringar inte leder till någon negativ påverkan kapacitetsmässigt för det offentliga systemet, utan den skulle tvärtom kunna öka kapaciteten. I sammanhanget kan nämnas att den vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar uppgår till 3,6 miljarder kronor per år. De personer som nyttjar en sjukvårdsförsäkring för att betala för vård skulle i många fall i stället behöva utnyttja den offentligfinansierade vården om försäkringarna inte fanns, varför den offentligfinansierade vården då skulle behöva bekosta fler personers vård.

I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring frågan om försäkringarnas avlastning på den offentligfinansierade vården, och beskriver följande. ”Privata vårdgivare ersätts i högre grad enligt principen ”fee-for-service” från försäkringsbolagen, vilket allt annat lika leder till en större volym vård och högre kostnader […]. Avlastningen är därför inte så stor som den privata sektorns volym först kan ge intryck av.”[18]

Vård- och omsorgsanalys tar även upp situationen om det inte skulle vara tillåtet för privata vårdgivare att ta emot både patienter vars vård finansieras med offentliga medel och patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle då vara möjligt att vissa vårdgivare väljer att enbart verka inom privatfinansierad hälso- och sjukvård. Genom att privata vårdgivare tar emot dels offentligfinansierade patienter, dels privatfinansierade patienter finns enligt myndigheten en möjlighet till ökad kapacitet i den offentliga vården, eftersom fler privata vårdgivare kan bidra.[19] Samtidigt har regionerna ett ansvar i egenskap av huvudmän att planera och

[17] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.
[18] Anell (2020), s. 114.
[19] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

säkerställa att tillräckligt många vårdtillfällen produceras och ska vidare, enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i den planeringen beakta den vård som erbjuds av andra vårdgivare.

Särskilt om väntetider

Problemet med långa väntetider till vården i Sverige har påtalats under lång tid.[20] Framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar har också angetts som en konsekvens av ökade väntetider inom främst specialistvården. Det beskrivs som att gapet har ökat mellan vad den offentliga vården kan erbjuda och vad invånarna och arbetsgivare önskar.[21]

Svenska privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar är ofta inriktade på att erbjuda försäkringstagarna korta väntetider snarare än att erbjuda olika tilläggstjänster eller andra slags behandlingar än de som kan erbjudas inom den offentligt finansierade vården, se kapitel 5 och 10.

Vård- och omsorgsanalys skriver att när patienter som har privata försäkringar använder vård som finansieras av försäkringarna i stället för att nyttja den offentligfinansierade vården, ger det kortare väntetider även för patienterna inom den offentligfinansierade vården. En förutsättning är dock att det finns ”ledig kapacitet”, t.ex. personal och lokaler, hos de privata vårdgivarna som kan utnyttjas till den försäkringsfinansierade vården.[22]

Vård- och omsorgsanalys har i rapporten *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* även där kommit in på frågan om väntan på vård. Rapporten bygger på en internationell enkätundersökning om hur befolkningen i Sverige och andra länder anser att hälso- och sjukvården fungerar i respektive land. I Sverige har SCB genomfört undersökningen på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys. Av enkätsvaren framkommer att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarar att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader jämfört med personer vars vård finansieras med offentliga medel. De svarar också

[20] Se dir. 2020:81. Se också t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2014:3, 2015:5, 2017:6 och 2021:4 och Socialstyrelsen 2013-5-30 och 2019-1-20.
[21] Blomqvist och Palme (2020).
[22] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 6.

oftare än personer som inte har försäkring att de har fått en operation inom en eller tre månader.[23]

11.3.2 Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården

Privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna påverka patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster.

Vård- och omsorgsanalys resonerar kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka efterfrågan i det offentligfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet, dvs. antalet patienter som söker offentligfinansierad vård. Med antalet patienter menar Vård- och omsorgsanalys den behovsjusterade efterfrågan på offentligfinansierad vård, dvs. inte bara antalet patienter utan den samlade s.k. ”vårdtyngden” hos patienterna.[24]

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska

Vård- och omsorgsanalys menar att ett sätt som efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska är om en del patienter använder sin privata sjukvårdsförsäkring för att få vård, i stället för att få vård i den offentligfinansierade vården. Antalet patienter som söker offentligfinansierad vård blir då färre.

Efterfrågan på offentligfinansierad vård skulle enligt Vård- och omsorgsanalys också kunna minska om försäkringarna har ett stort fokus på förebyggande arbete.[25] Delvis är det så i dag eftersom företagshälsovård ofta är en del av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna.

En studie från Kullberg et al. visar att personer med en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring i något mindre utsträckning utnyttjade den offentliga hälso- och sjukvården än personer som inte hade en sådan försäkring. Privata sjukvårdsförsäkringar bedömdes i viss utsträckning ha minskat bördan på den offentliga hälso- och sjukvården. Majoriteten av de personer som har en privat sjukvårdsförsäkring fortsatte dock att nyttja den offentliga hälso- och sjukvården. 38 pro-

[23] Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104. Utöver väntetiderna fann myndigheten ingen annan tydlig skillnad i svaren kopplade till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. avseende erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus.
[24] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.
[25] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

cent av personerna i studien som hade en privat försäkring fortsatte att bara använda den offentliga hälso- och sjukvården. 10 procent av de försäkrade hade endast utnyttjat den privata hälso- och sjukvården. Enligt författarna kan flera förklaringar finnas till ovanstående resultat. En är att svenska hälso- och sjukvårdsförsäkringar erbjuder ett relativt begränsat antal tjänster, vilket gör det nödvändigt för försäkringstagarna att fortsätta använda den offentliga hälso- och sjukvården.[26] En annan tänkbar förklaring som framhålls är att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använder försäkringen som ett komplement till den vård som ges av den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.[27]

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan förbli opåverkad

Vård- och omsorgsanalys menar att om den vård som finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar är vård som inte hade utförts om patienterna sökt vård inom den offentligfinansierade vården eller om de inte hade sökt vård alls där, påverkas inte antalet patienter i den offentligfinansierade vården av privata sjukvårdsförsäkringar. En kombination av resonemangen i avsnitten om minskad efterfrågan respektive ökad efterfrågan skulle således kunna leda till slutsatsen om en opåverkad efterfrågan på offentligfinansierad vård.[28]

Efterfrågan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård kan öka

Vård- och omsorgsanalys menar att privata sjukvårdsförsäkringar kan leda till en ökad efterfrågan på offentligfinansierad vård. Det kan hända om den vård som erbjuds genom privata sjukvårdsförsäkringar är mer omfattande eller generösare, t.ex. när det gäller vilka åtgärder som erbjuds eller vilka besvär som krävs för att en behandling ska bli aktuell. Det kan leda till att förväntningarna och kraven på den offentligfinansierade sjukvården förändras på sikt. Vård- och omsorgsanalys ser att det även kan gälla förväntan och krav avseende

[26] Sjukvårdsförsäkringarna i Sverige är nämligen framför allt inriktade på att erbjuda korta väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet, se kapitel 5.
[27] Kullberg et al. (2021).
[28] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.

väntetider. Privata sjukvårdsförsäkringar kan då fungera som ett tryck på den offentligfinansierade vården.[29]

Kullberg et al. resonerar kring att efterfrågan på vård är ”ändlös” och att ett ökat utbud av vård leder till en ökad efterfrågan. Det vore då tänkbart att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använde sig av båda systemen parallellt.[30]

Efterfrågan på en mer personcentrerad vård

En annan form av påverkan på efterfrågan på vården kan vara att allmänhetens förväntningar på vården förändras och att det i högre grad efterfrågas en mer personcentrerad vård. I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring detta och anger följande.

> Bland individer som inte får sina förväntningar på vården infriade kan en frivillig sjukvårdsförsäkring betraktas som en lösning snarare än ett problem. De som har en sådan försäkring kan uppfatta att vården blir mer personcentrerad, att vården i högre grad utgår från individens preferenser och värderingar. Det kan vara att man vill ha möjlighet att vända sig direkt till viss specialistläkare eller har stora krav på anpassning från vårdens sida när det gäller tillgänglighet och bekvämlighet, krav som det inte är rimligt att den offentligt finansierade vården beaktar oavsett resurstillgång.[31]

För det fall den vård som ges inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar medför en mer personcentrerad vård skulle förekomsten av sådana försäkringar kunna innebära att allmänhetens efterfrågan även på den offentligfinansierade vården förändras i en ökad sådan riktning.

11.3.3 Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider

Undersökningens frågor

Vård- och omsorgsanalys har genom att undersöka den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR[32] försökt få svar på två frågor som berör privata sjukvårdsförsäkringar.

---

[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.
[30] Kullberg et al. (2021), s. 14 med hänvisning till Roemer (1961).
[31] Anell (2020), s. 120.
[32] För en närmare beskrivning av databasen, se kapitel 3.13.4 och kapitel 7.7.

1. Får patienter med privat sjukvårdsförsäkring vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter som tar emot båda typerna av patienter?
2. Efterlevs den författningsreglerade vårdgarantin eller annan tidsgräns som anges i avtalen med regionen bland privata vårdgivare som tar emot både offentligt och privat finansierade patienter?[33]

Undersökningens begränsningar

Vård- och omsorgsanalys hade kort tid på sig att genomföra undersökningen. Myndigheten beskriver också vissa begränsningar i undersökningen. Myndigheten har enbart tagit med resultat från region Stockholm, Västra Götaland och Skåne och för vissa specificerade vårdområden. Urvalet av vårdområden har Vård- och omsorgsanalys gjort med hänsyn till inom vilka områden det förekommer privata vårdgivare och vårdvalssystem, eftersom de gjort bedömningen att de eventuella konsekvenserna av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringarna är tydligast inom sådana vårdområden. Vård- och omsorgsanalys har också utgått från områden där de har fått indikationer på att offentligfinansierade patienter har uppfattat att personer med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare. Vård- och omsorgsanalys betonar att resultaten inte ger någon information om hur det ser ut inom andra vårdområden eller för hälso- och sjukvården totalt. Vård- och omsorgsanalys gör inte heller någon analys av hur stora verksamheterna är som ingår i urvalet, och därmed hur många offentligfinansierade patienter som har berörts av resultatet.[34]

Vidare påpekar Vård- och omsorgsanalys att det inte har varit möjligt att få fram vilka vårdgivare som tar emot både privatfinansierade och offentligfinansierade patienter. Myndigheten har därför på egen hand sökt efter den informationen, bl.a. utifrån uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen. Det har inte heller varit möjligt att ta reda på hur stor del av verksamheterna som fokuserar på patienter med privat sjukvårdsförsäkring, vilka tjänster som erbjuds till patienterna med privat sjukvårdsförsäkring och hur de förhåller sig till vad vårdgivaren ska erbjuda patienterna med offentlig finansiering enligt avtalen med regionen. Vård- och omsorgsanalys på-

[33] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113 ff.
[34] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.

pekar att urvalet inte ska ses som vare sig slumpmässigt eller heltäckande.[35]

Vård- och omsorgsanalys betonar också att den nationella väntetidsdatabasen, som undersökningen utgår från, har kända brister och begränsningar t.ex. i fråga om täckningsgraden avseende privata vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys påtalar att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen. Oklarheterna består i vilken väntetid det är som registreras, dvs. om det är den tid som patienten har väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv som registreras i databasen. Denna oklarhet kan innebära att det finns privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen trots att vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen. Väntan har således i dessa fall inte uppstått hos den privata vårdgivaren utan t.ex. hos regionen.[36] Utredningen noterar att så kan vara fallet särskilt vid s.k. köpkapningsavtal/vårdgarantiavtal.[37] Under år 2020, dvs. efter det att Vård- och omsorgsanalys genomförde sin undersökning, har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var väntetiden uppstått för den enskilda patienten.

Ytterligare en begränsning i undersökningen är att verksamheter som arbetar efter den s.k. nationella taxan[38] i stort sett inte alls finns med i underlaget.[39]

En sista begränsning som Vård- och omsorgsanalys tar upp är att det saknas information om patienternas behov, dvs. hur allvarlig åkomman har bedömts vara. Den informationen saknas även för patienterna med privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att det inte går att bedöma om behoven skiljer sig mellan patienterna.[40]

[35] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.
[36] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[37] Med kökapningsavtal eller vårdgarantiavtal avses sådana avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling där patienten remitteras till regionen och slussas vidare till en annan vårdgivare först om regionen bedömer att den inte kan erbjuda patienten vård inom väntetidsgarantin. Se mer i kapitel 6.5.3.
[38] Med nationella taxan avses avtal som ingås med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).
[39] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[40] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.

Undersökningens resultat

Med reservation för ovan beskrivna begräsningar skriver Vård- och omsorgsanalys följande.

> Resultat från den nationella väntetidsdatabasen visar att patienter med offentlig finansiering i genomsnitt väntar längre på vård än patienter med privat sjukvårdsförsäkring, både totalt sett och hos gruppen som består av privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle kunna ses som ett förväntat resultat eftersom en poäng med försäkringarna just är att få vård snabbare.[41]

De resultat som Vård- och omsorgsanalys har fått fram visar att patienter med offentlig finansiering ofta väntar mer än 30 dagar på vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården (även här oavsett om det är en vårdgivare i offentlig eller privat regi). Andelen patienter som får sitt första besök eller åtgärd inom 30 dagar varierar mellan vårdområden och regioner.[42]

Tidsgränserna för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar är lägre. Av försäkringsvillkoren framgår att de patienterna ska få sitt första besök inom 3–7 dagar (efter att försäkringsbolaget har bedömt att behov uppstått) och en åtgärd inom 14–21 dagar (efter att beslut om åtgärd har fattats).[43]

Vård- och omsorgsanalys kommer därmed fram till slutsatsen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Det är enligt myndigheten inte sannolikt att de kortare väntetiderna beror på att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och att myndigheten inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall.[44]

Vård- och omsorgsanalys konstaterar även att väntetiderna skiljer sig åt regionalt. Myndigheten skriver att samtidigt som patienter i Stockholm med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering, är andelen offentligfinansierade

[41] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.
[42] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 55.
[43] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.
[44] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 7.

patienter som får förstabesök inom 30 dagar i Stockholm högst i landet.[45]

Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.[46]

Utredningens kommentarer till undersökningen

Vård- och omsorgsanalys undersökning är ett viktigt bidrag till förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Samtidigt är undersökningen behäftad med ett antal begränsningar, varav särskilt några gör att man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tas inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovssolidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser myndighetens slutsatser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

11.3.4 Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion

I Vård- och omsorgsanalys rapport berörs också frågan om övervård, dvs. att patienter får vård som inte är medicinskt motiverad. Enligt myndigheten kan den risken vara högre när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar (t.ex. genom remissfri specialistvård), men den risken finns även inom offentligfinansierad vård.

I forskningen har framförts att efterfrågan på hälso- och sjukvård är ”ändlös” och att en ökad tillgång till vård också kan leda till ökad

[45] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.
[46] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.

efterfrågan.[47] Enligt denna logik är det enligt författarna inte förvånande om personer i Sverige som har en privat sjukvårdsförsäkring använder försäkringen för att komplettera den vård de får i den offentligfinansierade vården. Utökade resurser anses ibland kunna leda till behandlingar som inte är medicinskt motiverade. Finns det inga begräsningar i kapacitet och medel finns inte samma incitament till strikta prioriteringar. Bakgrunden till framtagandet av den etiska plattformen var bl.a. scenariot att de ekonomiska resurserna i Sverige skulle minska, varför ett behov fanns av att prioritera striktare. Samtidigt finns det insatser som efterfrågas som inte är strikt medicinskt motiverade men som för den enskilde kan upplevas öka kvaliteten på vården.[48] Vidare anses det välkänt att offentliga hälso- och sjukvårdssystem ”ransonerar” individer från konsumtion av vårdtjänster.[49] Med ransonering avses exempelvis att vårdutbudet eller tillgängligheten minskas i besparingssyfte.[50] Patientavgifter och obligatorisk remiss kan exempelvis ses som ett uttryck för att försöka ransonera vårdutbudet eller begränsa tillgängligheten. På motsvarande sätt är det vanligt med självrisk inom sjukvårdsförsäkringen.

Anell resonerar också om bl.a. försäkringars påverkan på vårdkonsumtionen i rapporten *Vården är värd en bättre styrning*, där följande anges.

> Privata försäkringar […] medför sannolikt att fler insatser görs jämfört med vad som skulle skett i en offentligt finansierad vård. En del försäkringar marknadsförs utifrån att man får möjlighet att träffa specialister direkt utan att gå via primärvården. Det upplevs sannolikt som positivt av många försäkringstagare men bidrar inte till någon övergripande kostnadseffektivitet inom vården.[51]

11.3.5 Påverkan på utbildningsplatser och innovation

Vård- och omsorgsanalys har i sin rapport beskrivit två situationer där olika aktörer anses kunna ”åka snålskjuts” som en följd av privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen påverkan på tillgången till utbild-

[47] Kullberg et al. (2021) s. 14 med hänvisning till “Roemers lag”, Roemer (1961).
[48] Se SOU 2019:15, s. 321.
[49] Kullberg et al. (2021).
[50] Begreppet utvecklas bl.a. i SOU 2001:8, s. 36. I betänkandet anförs att tillgänglig vård också kan ransoneras. Detta begrepp används ofta i internationella sammanhang i stället för prioritering, som en metod att få tillgängliga resurser att räcka till. Det innebär i korthet att alla behov i och för sig tillfredsställs, men inte fullständigt utan endast till en viss grad. Effekten av medvetna prioriteringar blir att annat måste ransoneras, givet en fastställd resursram.
[51] Anell (2020), s. 114.

ningsplatser och innovation (se nedan). Dessa möjliga effekter tolkar utredningen som att de inte bara har att göra med en påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar utan snarare om en generell påverkan från privat driven vård.

Vård- och omsorgsanalys framhåller i rapporten att de inte haft möjlighet att fördjupa sig ytterligare i frågorna.[52]

Utbildningsplatser

I samband med utredningens undersökning[53] har det uppstått diskussion om utbildningsplatser hos de privata vårdgivarna. Vård- och omsorgsanalys lyfter denna fråga och menar att det kan finnas en risk att privata vårdgivare ”åker snålskjuts” på det offentliga systemet. Vård- och omsorgsanalys skriver att vårdprofessionerna behöver praktik i sin utbildning och att den i huvudsak sker inom den offentliga verksamheten. I rapporten anges att de privata vårdgivarna kräver högre ersättning för att ta sig an utbildningsuppdrag därför att produktionsbortfall leder till höga kostnader på grund av försäkringsbolagens höga ersättningar. Vård- och omsorgsanalys anger att regionerna dock har hittat en del lösningar för att exempelvis läkare ska kunna göra en del av sin utbildning hos privata vårdgivare som har avtal med regionen.[54]

Innovation

Vård- och omsorgsanalys skriver att de privata vårdgivarna skulle kunna bidra med positiva effekter på den offentligfinansierade vården. Myndigheten menar att det i så fall går att tala om att den offentligfinansierade vården ”åker snålskjuts” på de privata vårdgivarna. Exempelvis kan privatfinansierade innovationer hos privata vårdgivare inte bara komma de privatfinansierade patienterna till del utan även offentligfinansierade patienter hos samma vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys menar att incitamenten för innovationer kan vara större när det finns privata sjukvårdsförsäkringar. Myndigheten framhåller även att det kan finnas skalfördelar och produktivitetsskill-

[52] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45.
[53] För redogörelse av denna, se kapitel 6.6.
[54] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45 f.

nader mellan privata och offentliga vårdgivare och att vinstmaximerande företag har starka incitament att öka produktiviteten.[55]

11.3.6 Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården

Hög kvalitet i hälso- och sjukvården innebär, enligt Socialstyrelsen, att patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet.[56] IVO utövar tillsyn över att patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser om patientsäkerhet efterlevs men har inte fattat något tillsynsbeslut som rör förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser.

I direktivet till utredningen anges att utredningen ska föreslå åtgärder som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar bl.a. inte får ”bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar”. Även om IVO inte har uttalat i något tillsynsbeslut att försäkringar har påverkat kvaliteten på hälso- och sjukvården finns det andra sätt att få en uppfattning om försäkringars påverkan på kvaliteten. En aspekt i fråga om kvalitet i hälso- och sjukvård är patienternas upplevelse av vården. Patientnöjdheten behöver inte nödvändigtvis hänga samman med det slutgiltiga medicinska resultatet. Den patientupplevda kvaliteten kan mätas på olika sätt. En patient som har klagomål kan vända sig till olika instanser med sina synpunkter. En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som har behandlat patienten. Om ärendet inte löses på detta sätt kan patienten vända sig till patientnämnden i regionen. Patientnämndernas uppdrag är främst att omhänderta frågor som rör den offentligfinansierade vården, oavsett om det är en privat eller offentlig vårdgivare.

Om inte heller detta löser frågan har patienter möjlighet att vända sig till IVO med sina klagomål. Detta gäller oavsett hur vårdbesöket har finansierats, dvs. om det har finansierats via offentliga medel eller privat, och oavsett om vårdgivaren är en privat eller offentlig vårdgivare.

[55] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.
[56] Socialstyrelsens hemsida (Arbeta säkert > Förebyggande arbete > Kvalitet och patientsäkerhet).

En patient som finansierar vården med privat sjukvårdsförsäkring och som har synpunkter kan i vissa fall även vända sig till Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen.[57]

I syfte att försöka fånga patienters upplevelser av hur hälso- och sjukvårdens kvalitet påverkas av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar har utredningen varit i kontakt med regioner, privata vårdgivare, patientnämnder, IVO, Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen. Redogörelsen nedan ska inte betraktas som heltäckande.

Klagomål till vårdgivarna

Både de regioner och de privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har uppgett att de inte har fått in några klagomål relaterade till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare undersöka dessa uppgifter.

Klagomål till patientnämnder

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som finns i alla regioner. Till patientnämnden kan den enskilde vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvården.

Utredningen har tagit kontakt med samtliga patientnämnder och ställt frågor om de fått in ärenden där offentligfinansierade patienter fört fram klagomål om att de exempelvis fått vänta längre på vård till förmån för en patient vars besök/åtgärd finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring, om detta i så fall i ett andra led lett till någon form av vårdskada, samt om de på något annat sätt har erfarenhet av andra risker i relation till privata sjukvårdsförsäkringar.

Av 21 tillfrågade patientnämnder kom 20 svar in. Ingen region har svarat att de fått in ärenden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Fem regioner uppgav att de i allmänhet hade erfarenhet av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. på så sätt att enskilda vid enstaka tillfällen generellt klagat på väntetider eller att det kan uppstå frågetecken när eventuella komplikationer behöver hanteras inom ramen för den offentligfinansierade vården.

[57] Se mer i kapitel 5.7.

Den undersökning som utredningen har vidtagit är inte på något sätt heltäckande, men kan ses som en indikation på att ärenden om upplevda omprioriteringar till följd av privata sjukvårdsförsäkringar är ovanliga hos patientnämnderna. Vad det innebär i fråga om huruvida det verkligen sker prioriteringar som inte grundas på vårdbehov går dock inte att svara på. Detta eftersom ärenden hos patientnämnderna bygger på att den enskilde ska ha uppfattat ett problem, samt dessutom ha tagit kontakt med patientnämnden för att framföra detta.

Viktigt att poängtera i sammanhanget är, som nämnts ovan, att patientnämndernas uppdrag främst är att hantera ärenden som handlar om vårdgivare med offentlig finansiering. Frågor som handlar om en patient med en privat sjukvårdsförsäkring som har synpunkter på hur vårdgivaren har agerat, ska i regel inte hanteras av patientnämnden. Hur sådana ärenden hanteras beskrivs i kapitel 5.7.

Klagomål till IVO

Den enskilde kan anmäla till IVO och informera om denne har iakttagit eller varit med om något i vården. Innan den enskilde anmäler ett klagomål till IVO ska den enskilde ha framfört klagomålet antingen till den verksamhet där vården har utförts eller till patientnämnden.

IVO har meddelat utredningen att orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” inte registreras på ett sökbart i myndighetens databaser. Det innebär att det inte går att söka fram eventuella ärenden där privata sjukvårdsförsäkringar omnämns.

Klagomål till Konsumenternas Försäkringsbyrå

Enligt uppgift från Finansinspektionen gällde 73 av cirka 11 000 ärenden och frågor hos Konsumenternas Försäkringsbyrå privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt en sammanställning från Konsumenternas Försäkringsbyrå fick den in klagomål (dvs. negativa synpunkter) rörande privata sjukvårdsförsäkringar från privatpersoner vid 17 tillfällen under perioden januari 2020–mars 2021. Synpunkterna gäller framför allt försäkringbolagens villkor kring försäkringar, t.ex. hur

försäkring kan tecknas, hur den kan sägas upp, och vilken vård som ersätts.

Klagomål till Finansinspektionen

Finansinspektionen får ibland in allmänna synpunkter och missnöjesyttringar, som går utöver Finansinspektionens tillsynsuppdrag, från t.ex. försäkringstagare, ombud och media. Enligt uppgift från Finansinspektionen har den dock inte fått in några klagomål som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Exempel på uppgifter som framkommit på annat sätt

I december 2019 publicerade Dagens Nyheter en granskning där flera vårdbolag angav att privat sjukvårdsförsäkring innebar ”snabbare vård”.[58] Granskningen innebar att Dagens Nyheter kontaktade tio olika vårdgivare som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Reportern uppgav sig vara potentiell patient och pratade med receptionister och kundtjänst. I nio fall av tio fick tidningen som svar att försäkringspatienter generellt ”går före” andra patienter. Vid kontakt med vårdgivarnas chefer har tidningen fått som svar att medicinsk prioritering alltid sker, att försäkringspatienter får snabbare vård om det medicinska behovet är lika eftersom det är vad avtalen säger samt att det är olika köer beroende på vilket avtal patienterna söker vård inom.[59]

I Vård- och omsorgsanalys rapport *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* som redogjorts för i avsnitt 11.3.1 och som bygger på en enkätundersökning framkommer inte några kvalitetsbrister eller annat som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys uttrycker det på följande sätt. ”Utöver väntetiderna finner vi ingen tydlig riktning som är kopplad till privat sjukvårdsförsäkring (t.ex.

[58] DN, *Vårdbolagen: Patienter med privat sjukvårdsförsäkring går före,* 2019-02-16.
[59] I en uppföljande artikel uttalade den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm bl.a. att han bekräftar problemet med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i det privata vårdvalet, DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16.
Se också i kapitel 6.6.1 om vad privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med uppgett i denna fråga.

erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus).”[60]

11.4 Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar

11.4.1 Inledning

En särskild form av påverkan inom hälso- och sjukvården är s.k. undanträngning. I utredningens direktiv[61] anges att utredaren ska ”beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården”.

I detta avsnitt kommer begreppet undanträngning i allmänhet att beskrivas. För att sätta begreppet undanträngning i ett sammanhang har utredningen valt att utgå från rapporter från Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) som på olika sätt redogör för i vilka situationer undanträngningseffekter i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården skulle kunna uppstå. En redogörelse görs också för en rapport från Riksrevisionen rörande vårdvalet i primärvården. Varken i Vård- och omsorgsanalys rapport från 2017 eller Riksrevisionens rapport används dock begreppet undanträngning specifikt.

Utredningen tar upp flera av dessa rapporter även i kapitel 8 som handlar om försäkringar och de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Vad är undanträngning i hälso- och sjukvården?

Undanträngning i hälso- och sjukvården kan anses uppstå i situationer där lägre prioriterade patienter (dvs. patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov).[62] Undanträngning kan således ses som en beteckning för de negativa effekter som kan bli resultat av prioriteringar som avviker från gällande prio-

[60] Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104.
[61] Dir. 2020:83.
[62] Se t.ex. prop. 2009/10:67 samt Socialstyrelsen 2012-5-16.

riteringsriktlinjer och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

Olika former av undanträngning kan finnas i hälso- och sjukvården. I rapporten *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012* gör Socialstyrelsen en distinktion mellan undanträngning som drabbar enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som drabbar större patientgrupper. När det gäller undanträngning på individnivå framhåller Socialstyrelsen att undanträngning som beror på enskilda individers agerande förmodligen alltid har funnits i hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen kan det ta sig uttryck i att patienter som ”ligger på” genom att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ofta lyckas få en tid för besök, operation eller annan åtgärd tidigare än vad som annars skulle ha varit fallet. Enligt Socialstyrelsen gäller detsamma sannolikt när personer har en relation till hälso- och sjukvårdspersonal, eller själva arbetar inom hälso- och sjukvården, och får snabbare tillgång till den vård de behöver tack vare sina kontakter eller kunskaper om systemet.[63]

Undanträngning av större patientgrupper eller vårdkedjor avser situationer där undanträngning uppstår i större skala till följd av att insatser och resurser riktas till andra patientgrupper. Som exempel nämner Socialstyrelsen situationer där personer som söker akutsjukvård får vänta längre på grund av satsningar på andra vårdkedjor. Ett annat exempel är att patienter inom en och samma patientgrupp kan prioriteras olika. Situationen skulle kunna tänkas uppstå om de som har ett förhållandevis lågt medicinskt behov får gå före mer allvarligt sjuka patienter, med anledning av att de närmar sig, eller redan har passerat, en vårdgarantigräns. Ett annat exempel är att undanträngningar uppstår om vården prioriterar insatser på förbättrad tillgänglighet till ett specialistbesök och en operation eller åtgärd och att mindre resurser avsätts för undersökningar. Vidare nämns som exempel att förstabesökspatienter prioriteras före patienter med kända och diagnostiserade besvär som behöver komma tillbaka på återbesök.[64] Socialstyrelsen nämner även undanträngning som skulle kunna uppstå om utomlänspatienter går före patienter med exakt samma åkommor i den egna regionen p.g.a. att de genererar

[63] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 72.
[64] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 73 f.

större intäkter för vårdgivaren. Även utformningen av vissa ersättningssystem skulle kunna ge upphov till undanträngningseffekter.[65]

I rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* framhåller Vård- och omsorgsanalys att undanträngning kan ske på flera olika sätt. I rapporten definierar och diskuterar myndigheten sex typer av undanträngning som teoretiskt (direkt eller indirekt) kan orsakas av vårdgarantin eller kömiljarden. En indelning görs i tre grupper; a) undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan; b) undanträngning inom samma väntelista; och c) undanträngning mellan vård- och specialistområden. De tre grupperna innehåller i sin tur sex typer av undanträngning.[66] Detta illustreras i *figur 11.1*.

Figur 11.1 Sex typer av undanträngning



Källa: Vård- och omsorgsanalys, 2015:5.

Indelningen bygger på samma resonemang som Socialstyrelsen för i den ovan refererade rapporten[67], och Vård- och omsorgsanalys använder liknande exempel för att förklara de olika typerna av undanträngning.[68] Nämnas här kan begreppet horisontell undanträngning. Med det avses undanträngning mellan olika vårdområden. Ett exempel på sådan horisontell undanträngning skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara en omfördelning av resurser från kroniska diagnoser och patienter som behöver många återbesök till planerad elektiv kirurgi[69] som främst behandlar relativt friska patienter med

[65] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 13.
[66] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 92.
[67] Socialstyrelsen 2013-5-30.
[68] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 92 ff.
[69] Dvs. planerade kirurgiska ingrepp som kan senareläggas eller inte genomföras alls utan fara för patienten (se Svensk MeSH/Karolinska Institutet).

engångsbesvär. Ett sådant ställningstagande kan tänkas fattas på en högre beslutsnivå. Det kan exempelvis vara frågan om sjukhus- eller regionledningen som beslutar om hur medel ska fördelas mellan olika vård- eller specialistområden.[70]

De olika exemplen på undanträngning som beskrivs ovan har gjorts utifrån uppdrag som Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har haft för att följa upp kömiljarden och vårdgarantin. Avsikten med denna exemplifiering är att visa att frågan om undanträngningseffekter är komplex. Hänsyn måste tas till flera olika aspekter när en analys görs av frågor rörande privata sjukvårdsförsäkringar och om förekomsten av dessa kan leda till undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården. En distinktion måste också göra mellan effekter på individ- och systemnivå. Beslut som kan ha en påverkan på prioriteringar kan fattas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, allt från enskilda yrkesutövare till regionledningar. Antalet patienter och vilken typ av vård dessa får har förstås en påverkan på analysen. Hur avtalen mellan regionen och de privata vårdgivarna är utformade är också en faktor som kan vara av betydelse. Vård- och omsorgsanalys lyfter även det faktum att kvantitativa studier om undanträngning inte ger några entydiga svar, och ger en översikt över vissa av de kvantitativa analyser som gjorts på området.[71]

Nedan följer fördjupande avsnitt där utredningen redogör för olika myndigheters beskrivningar av om undanträngningseffekter har uppstått på olika områden, nämligen Vård- och omsorgsanalys granskning av vårdgarantin, Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården, Socialstyrelsens granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt. Dessa beskrivningar görs för att fördjupa begreppet undanträngning och sätta det i ett sammanhang, samt för att illustrera hur det kan användas i en diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar.

[70] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 95.
[71] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96 f.

11.4.2 Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning

I kapitel 8 redogörs för diskussioner om hur vårdgarantin kan förenas med behovs-solidaritetsprincipen och andra målbestämmelser inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vård- och omsorgsanalys har studerat undanträngningseffekter kopplade till vårdgarantin i rapporterna *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* från 2014, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2015 och *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2017.

I den första rapporten konstaterar Vård- och omsorgsanalys att ”det finns vissa indikationer på att vårdgarantin och Kömiljarden ger undanträngningseffekter”.[72] Myndigheten konstaterar samtidigt att kömiljarden har bidragit till att mer effektivt än tidigare vårdgarantier minska antalet väntande på besök och behandling. I de jämförelser som görs av väntetider är det tydligt att väntetiderna har minskat, även om de alltjämt är höga i internationella jämförelser.[73]

Myndigheten gör vissa fördjupade analyser av frågan om undanträngningseffekter i relation till vårdgarantin och kömiljarden och konstaterar som slutsats att ”det finns statistiska indikationer på att undanträngning kan förekomma, men bilden är långt ifrån entydig och det har varit svårt att skilja ut vårdgarantins och Kömiljardens effekter från andra faktorer”.[74]

I rapporten från 2015 drar Vård- och omsorgsanalys följande slutsats om undanträngning och vårdgarantin.

> Vår samlade bedömning är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte medföra undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men i intervjuerna framkommer också exempel på undanträngning, exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök samt vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser. Det är vårdens ansvar att se till att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.[75]

[72] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 14.
[73] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 20 och 180 ff.
[74] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 208 ff. Se även Winblad och Andersson 2010:09.
[75] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.

Slutsatsen bygger på en mer ”kvalitativ ansats” som Vård- och omsorgsanalys uttrycker det. Vård- och omsorgsanalys konstaterar att ”på grund av metodologiska svårigheter och brist på data ger dock de kvantitativa studier som belyst undanträngning inga tydliga svar på huruvida det förekommer”.[76] Vidare konstateras följande.

> Flera tidigare studier har försökt mäta om undanträngning förekommer genom statistisk analys. På grund av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har inga säkra slutsatser kunnat dras av dessa studier, annat än att en del resultat skulle kunna vara tecken på undanträngning. Det grundläggande problemet är att det är svårt att hitta variabler som på ett tillfredställande sätt graderar patienters medicinska behov, vilket är en förutsättning för att på ett övertygande sätt mäta om undanträngning förekommer.[77]

I den senaste rapporten, från 2017, diskuteras inte undanträngning uttryckligen, utan myndigheten skriver i stället om prioriteringar i relation till vårdgarantin. Myndigheten redogör för tidigare slutsatser, bl.a. att vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och inte behöver leda till undanträngning.[78] Myndigheten drar vidare vissa slutsatser om väntetider och prioriteringar som har bäring på frågan om undanträngning.

Myndighetens uppföljning av vårdgarantin visar att tillgängligheten över lag har blivit sämre, på så vis att ”andelen och antalet patienter som har väntat länge på vård blir allt större”.[79] Samtidigt, konstaterar myndigheten, genomförs en stor del av nybesök och operationer snabbt. Myndigheten konstaterar vidare följande.

> Om alla patienter alltid hade ställts sist i kön, skulle även andelen nybesök och operationer som genomförs inom 30 och 60 dagar minska över tid. Att så inte är fallet talar därför för att det sker en prioritering av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt, medan andra får vänta länge.[80]

I den fördjupade analysen beskriver myndigheten vidare utmaningarna med att undersöka om prioritering sker på rätt sätt, mot bakgrund av att information om patienternas behov inte samlas in, men konstaterar ändå följande.

---

[76] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.
[77] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.
[78] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 37.
[79] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 85.
[80] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 88.

> I vår förra uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) genomförde vi intervjuer med remissbedömare och tidsbokare inom vårdområdena neurologi och ortopedi. Syftet var att förstå hur arbetet med väntelistorna fungerade i praktiken. Intervjuerna visade att många verksamheter arbetar med någon form av prioriteringsgrupper. […] Patienter i den högsta prioriteringsgruppen kallas snabbt till besök och operation, medan patienter i den lägsta prioriteringsgruppen får vänta längre. Ett sådant tillvägagångssätt är i linje med observationen att antalet och andelen av de nybesök och operationer som genomförs inom 30 dagar inte minskar, samtidigt som andelen och antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar ökar betydligt.[81]

11.4.3 Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården

Riksrevisionen granskade i rapporten *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* från 2014 hur reformerna om vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården.[82] Vårdvalsreformen innebär bl.a. att patienter har rätt att välja vårdcentral och att vårdgivare får etablera vårdcentraler var de vill. Vårdgarantin syftar till att öka tillgängligheten genom att ange maxgränser för väntetider i primärvården.

Riksrevisionens granskning utgick från målet för all hälso- och sjukvård, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, samt följande tre principer som ska styra vården:

- Människovärdesprincipen.
- Behovs-solidaritetsprincipen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen.[83]

Riksrevisionen fann att reformerna gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter och fler vårdcentraler. Riksrevisionen fann dock också att reformen fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bl.a. ansågs de positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser i högre utsträckning verkat ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.[84]

[81] Vård- och omsorgsanalys 2017:6 s. 89.
[82] RiR 2014:22.
[83] RiR 2014:22, s. 9.
[84] RiR 2014:22, s. 9.

Nya vårdcentraler hade i större utsträckning etablerats i befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och där invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Nedläggning av vårdcentraler hade främst drabbat områden där vårdbehovet var större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kunde antas vara större.[85]

Riksrevisionens undersökning i två regioner visade märkbara förändringar när det gällde vårdkonsumtionen efter vårdvalsreformens införande. Vårdutnyttjandet verkade bli mer ojämlikt i vården som helhet. Många besökare med lätta och lindriga symtom hade tillkommit efter reformen. Denna grupp patienter gjorde också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gällde för de sjukaste patienterna, som gjorde färre läkarbesök.[86]

Riksrevisionen poängterade särskilt att efterfråge- eller behovsstyrning innebär en inbyggd målkonflikt. Vårdvalsreformen har enligt Riksrevisionen inneburit att makt har förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna, vilket var tänkt. Regionen ska endast formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det har dock enligt Riksrevisionen visat sig vara svårt att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer.[87]

Enligt Riksrevisionen fattades före vårdvalet prioriteringsbeslut utifrån de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov, förvisso utifrån begränsade budgetramar. I dag fattas beslut om resursprioriteringar i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan. Enligt Riksrevisionen bygger reformens syfte, dvs. att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov, på olika logiker.[88]

De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter enligt Riksrevisionen en aktör med makt och mandat, dvs. motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Enligt Riksrevisionen tycktes inte någon region ha

[85] RiR 2014:22, s. 10.
[86] RiR 2014:22, s. 10.
[87] RiR 2014:22, s. 11.
[88] RiR 2014:22, s. 11.

lyckats skapa en vårdvalsmodell som styrde primärvården i riktning mot vårdens etiska principer.[89]

11.4.4 Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning

Även Socialstyrelsen har undersökt undanträngningseffekter, bl.a. som en del i myndighetens uppdrag att följa upp arbetet avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.

Införandet av SVF är en satsning för att minska patientens väntan på behandlingsstart genom tydligare ramar för vad diagnostiken i cancervården ska innehålla och hur lång tid varje del ska ta. Satsningen innebär att professionsgrupper i cancervården har tagit fram indikationslistor för vad som är välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos, vilka som är de givna diagnostiska utredningarna samt fastslagit ett antal dagar som varje del av vårdförloppet fram till behandlingsstart maximalt bör ta i anspråk.[90]

Regeringen har tillsammans med landets regioner genomfört en flerårig satsning för att införa SVF i cancervården, för att skapa effektiva och ändamålsenliga processer och rutiner samt hög tillgänglighet. Satsningen har byggt på sammanhållna processer vid utredning av cancer och är en del i det fortsatta arbetet med den nationella cancerstrategin, som riksdagen antog 2009. Socialstyrelsen har sedan 2015 haft uppdraget att årligen följa arbetet i regionerna.[91]

I den senaste uppföljningsrapporten från 2019 konstaterar Socialstyrelsen att undanträngning är kopplat till prioriteringar, att prioriteringar ska göras utifrån den etiska plattformen och att undanträngning uppkommer när de principer som ligger till grund för prioriteringar inte följs på grund av en insats.[92]

Angående cancervården konstaterar Socialstyrelsen att det inte fanns någon klart uttalad definition av undanträngning i samband med införandet av SVF. Detta gjorde att olika aktörer tolkade undan-

[89] RiR 2014:22, s. 11. Tre år efter Riksrevisionens rapport 2014 gjorde Region Stockholm en rapport om vårdvalet i Stockholm (HSN-2017-1485). Vårdvalet hade då funnits i Stockholm i tio år. Rapporten syftade till att ge en översikt av kunskapsläget och vilka uppföljningsmöjligheter som finns.
[90] Socialstyrelsen 2015-10-5, s. 7.
[91] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 7.
[92] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 43.

trängning på olika sätt och besvarade frågor om risk för undanträngning olika utifrån de skilda tolkningarna. Efter ett tag höjdes kunskapsnivån vilket har fått till följd att allt fler relaterar undanträngningar till felaktiga prioriteringar.[93]

I rapporten beskriver Socialstyrelsen även att det pågår projekt i regionerna som syftar till att mäta väntetider för olika SVF samt att försöka analysera om undanträngningar uppkommer. Socialstyrelsen menar att det i praktiken är svårt att bedöma om undanträngningar uppstår, eftersom det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifterna till. Det har också funnits svårigheter med tillförlitliga data.[94]

Socialstyrelsen gör inte någon kvantitativ analys av undanträngning utan har genom enkäter, intervjuer, möten och granskning av dokument, som t.ex. handlingsplaner, undersökt området. Där framkommer bilden att SVF effektiviserar starten av behandlingen av patienter med välgrundad misstanke om cancer, vilket i huvudsak har positiva aspekter på vården och resursanvändningen. De farhågor om undanträngning som lyfts är i huvudsak inriktade på s.k. ”trånga sektorer” som finns inom utredning och diagnostik, risken för att onödiga undersökningar genomförs samt att tider planerade för patienter som följer SVF ibland står tomma.[95]

För att framöver kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom området bedömer Socialstyrelsen att det framför allt behövs bättre prioriteringsunderlag. Det finns många utmaningar inom svensk sjukvård, och det är enligt Socialstyrelsen uppenbart att resurserna inte räcker till allt befolkningen önskar. Det gör att prioriteringar är nödvändiga. Förutom ekonomiska resurser är det ofta brist på personal, både allmänt och för flera specialistområden.[96]

[93] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.
[94] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.
[95] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.
[96] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54.

11.4.5 ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) har i en rapport från 2014 tillsammans med Vård- och omsorgsanalys diskuterat förutsättningarna för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården. I rapporten tas även undanträngningseffekter upp.[97]

Rent allmänt tar rapportförfattarna upp att få empiriska undersökningar särskilt har studerat konsekvenserna av att regionerna överlämnat driften av hälso- och sjukvård till privata utförare. Det har dock genomförts en rad uppföljningar av vårdvalets effekter inom primärvården. I stort sett saknas dock uppföljningar av vårdvalsystemen inom specialiserad vård. En naturlig förklaring till detta är att antalet privata vårdgivare inom specialistvården ökat framför allt den senare tiden.[98] En annan förklaring är att vårdval är mindre förekommande i specialistvården och används i mycket liten utsträckning i de flesta regioner.[99]

I det följande beskrivs rapportförfattarnas iakttagelser avseende primärvården respektive specialistvården och som har betydelse för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Konsekvenser på primärvården

Rapportförfattarna noterar att det allmänt tycks finnas positiva effekter av valfriheten i primärvården och att evidens saknas som tyder på negativa konsekvenser.

Rapportförfattarna menar vidare att valfriheten i primärvården har drivit verksamheten mot större lyhördhet för de önskemål på tjänster, service m.m. som den genomsnittlige brukaren har. Ökat vårdutnyttjande och förbättrad tillgänglighet är konkreta uttryck för denna utveckling. Detta är också fullt rimligt, men inte komplikationsfritt. Utvecklingen väcker enligt rapportförfattarna två direkta frågor:

– Sker denna utveckling på bekostnad av intressen för grupper som ligger långt ifrån den genomsnittlige brukaren?

[97] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5.
[98] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 121. Se även Region Stockholm, HSN 2017-1485.
[99] Se mer i kapitel 6.

– Finns drivkrafter som på längre sikt kan påverka verksamheten i en riktning där vårdkvalitet prioriteras lägre än önskvärt?[100]

Avseende primärvården kom rapportförfattarna fram till följande.

> Slutsatsen av den forskning som finns är att utvecklingen mot att bättre möta den genomsnittlige brukarens preferenser inte har undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Sammantaget är bedömningen att kombinationen av de krav som ställs från huvudmännen, de nationella regelverken och den prioritering av patientens säkerhet som finns i normsystemet kring sjukvården, innebär en god garanti för säkrad vårdkvalitet. Detta betyder dock inte att andra drivkrafter kan ignoreras.[101]

Konsekvenser på specialistvården

Rapportförfattarna menar att det finns flera avgörande skillnader mellan valet av primärvårdsläkare och val av vårdgivare inom specialistvården. Dessa skillnader måste man ta hänsyn till vid utformande av informationsutbud och regelverk m.m. Valet av primärvårdsläkare har generellt större inslag av subjektiva bedömningar än val inom specialistvården. Samtidigt är primärvårdskonsumtionen mer återkommande, vilket innebär att patienten kan bygga upp kunskap genom erfarenhet och kontakt med vänner och anhöriga. Valet av vårdgivare för specialistbehandlingar som gråstarrs- och höftledsoperationer är däremot av engångskaraktär, vilket försvårar valet. Tillgång till god information om effekter, biverkningar och andra kvalitetsindikatorer kan underlätta, men samtidigt är allt detta svårbedömt för en person i behov av behandling. Vårdvalen skulle kunna underlättas om primärvårdsläkaren agerade åt patienten och bl.a. tog ställning till sådant som medicinsk kvalitet och avvägningen kvalitet och väntetid.[102]

[100] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 129 f.
[101] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 130. Se även Winblad et al. (2021) där det redovisas hur de olika regionerna anpassat sin styrning bl.a. genom ersättningsmodeller, listningssystem och krav på vårdtjänster för att försöka förena vårdvalet och förekomsten av privata vårdgivare med grundläggande bestämmelser om vård på lika villkor.
[102] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.

Rapportförfattarna menar vidare att

> Ett annat problem med valfrihetsmodellerna inom den specialiserade vården är dessas fokus på väletablerade behandlingsmetoder och s.k. standardpatienter. Här finns, liksom i primärvården, en risk för att den genomsnittlige brukarens preferenser kan ha undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Exempelvis kan prioriteringar mellan väntetider för vissa planerade behandlingar som berör breda patientgrupper å ena sidan och tillgänglighet i vården av kroniskt sjuka å den andra vara ett problem i detta avseende. Det är ett problem som för övrigt kan förstärkas av vårdgarantier som sätter ett tak för väntetiden för vissa behandlingar.[103]

11.5 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningen beskrivit privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården. Utredningen har redogjort för de utmaningar som finns med att göra en sådan beskrivning.

Utredningen har inte kunnat hitta några rapporter som specifikt har tittat på om privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige. I rapporten från Vård- och omsorgsanalys om privata sjukvårdsförsäkringar[104] nämns inte begreppet undanträngning, men rapporten tar upp vissa risker och för fram några antaganden om försäkringars påverkan samt analyserar nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar. Myndighetens undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen ökar förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Undersökningen är dock behäftad med begränsningar som gör att man behöver iaktta viss försiktighet beträffande vilka slutsatser som kan dras. IVO:s förstudie[105] gör också antaganden om frågan utifrån patientsäkerhetsrisker och ansluter sig till bedömningarna som görs av Vård- och omsorgsanalys.

När det gäller definitionen av och diskussionen om begreppet undanträngning är det viktigt, även gällande privata sjukvårdsför-

[103] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.
[104] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[105] IVO förstudie (2020).

säkringar, att hänsyn tas till de olika sorters undanträngning som finns. Det finns exempelvis undanträngning som kan drabba enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som kan drabba större patientgrupper. Undanträngning på individnivå kan uppstå på grund av hur enskilda professionsutövare väljer att prioritera patienter. Undanträngning på systemnivå kan ha sin bakgrund i beslut på en högre administrativ nivå i en region. En privat vårdgivare har sannolikt bättre förutsättningar att hantera prioriteringar på individnivå än prioriteringar på systemnivå där övergripande prioriteringsbeslut fattats av regionen. I det sistnämnda fallet utgör den privata vårdgivaren en leverantör åt regionen och ska utföra uppdraget i enlighet med exempelvis regionens egna vårdprogram.

För att kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom ett område bedömer dessutom Socialstyrelsen att det generellt behövs bättre prioriteringsunderlag för vården.[106] Socialstyrelsen anför att det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifter till.[107] Vård- och omsorgsanalys anser att regionerna i större utsträckning även borde göra medicinska revisioner som följer upp de medicinska prioriteringarna och hur dessa görs och följs.[108] Dessa observationer och slutsatser skulle enligt utredningens bedömning även vara relevanta om en fördjupad analys ska göras av undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar. Även de observationer som har gjorts i rapporterna om bl.a. drivkrafter och målkonflikter som kan utmana det normsystem som finns i hälso- och sjukvården rörande bl.a. prioriteringar torde vara av intresse att analysera vidare.

I kapitel 14 lyfter utredningen ett antal områden där bristande kunskap finns och där det kan finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Undanträngning och övrig påverkan som ett resultat av privata sjukvårdsförsäkringar är en sådan fråga. De ovan refererade rapporterna om undanträngning vad gäller vårdgarantin, kömiljarden, vårdval i primärvården, standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt, pekar på frågeställ-

[106] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 138, där myndigheten bl.a. anför att regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov eftersom det finns ett behov av ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar.
[107] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.
[108] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 15.

ningar och definitioner som utredningen bedömer som relevanta i en fördjupad undersökning av undanträngning och påverkan till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

12 Överväganden och skäl för förslag

I detta kapitel redovisas utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. De konkreta förslagen redovisas i efterföljande kapitel.

Kapitlet inleds med en analys av statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Därefter beskrivs faktorer som gör det svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Ett särskilt avsnitt ägnas åt privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen. De olika intressen som behöver beaktas i frågan som rör privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs. Kapitlet avslutas med utredningens skäl för förslag på åtgärder.

12.1 Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Staten och regionerna har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården vilket följer av flera författningar. Vårdgivarna har ett ansvar, enligt författningar och avtal med regionerna, att följa de regler och krav som staten och regionerna ställer på vårdgivarna.

Diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar är främst inriktad på de privata vårdgivare som har flera uppdragivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.[1] Centralt är då frågan hur de privata vårdgivarna tillförsäkrar, i enlighet med reglerna, de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård samtidigt som de tar emot privatfinansierade patienter. Utredningen vill dock betona att det är viktigt att all hälso- och sjukvård uppfyller kraven på en god och patientsäker vård. Privata sjukvårds-

[1] För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

försäkringar kan förekomma som betalningsform hos privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård, dvs. vård som regionen inte är huvudman för. IVO:s uppdrag avser att utöva tillsyn över all vård.

12.1.1 Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Hälso- och sjukvården i Sverige är huvudsakligen 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 eller flera regioner, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag och kontantbetalande patienter. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Privat hälso- och sjukvård har länge funnits parallellt med den offentligt drivna och finansierade vården. Frågan om privata vårdgivare har kommit i ökat fokus under de senaste decennierna och diskussionen har då ofta rört frågor om vård efter behov och på lika villkor, vinst i välfärden och privata sjukvårdsförsäkringar som finansieringsform.[2]

Det finns inte i dag något gällande beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för

[2] För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

hälso- och sjukvård. Det saknas således regler som tar sikte just på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns t.ex. inte några regler som anger att det skulle vara förbjudet med privatfinansierad vård eller betalning via sjukvårdsförsäkringar. Det finns inte heller några särskilda målbestämmelser i HSL som enbart tar sikte på den privatfinansierade vården. Till exempel gäller bestämmelserna om den etiska plattformen i 3 kap. HSL för all vård, oavsett om det är frågan om offentlig eller privat drift och/eller finansiering. Det finns inte några närmare regler om hur regionerna ska utöva sitt huvudmannaansvar, t.ex. vilka särskilda villkor som ska anges i avtalet med den privata vårdgivaren. Vidare finns det inte några regler om statistik eller data om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

I vissa länder finns särskilda regler som rör just privata sjukvårdsförsäkringar. I t.ex. Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. (se mer i kapitel 10.6).[3]

Även om det inte finns några regler som uttryckligen tar sikte på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar finns det ett antal regler som ska tillämpas för all vård oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelser om patientsäkerhet i patientsäkerhetslagen (2010:659). Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar eller för vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Både de offentligfinansierade och de privatfinansierade patienterna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Det finns även kommunalrättsliga, skatterättsliga och försäkringsrättsliga regler som kan bli tillämpliga i fråga om privatfinansierad vård.[4]

12.1.2 Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Som anges i det föregående avsnittet finns det inte i dag några gällande särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och följaktligen inte heller några förarbeten till en sådan reglering. Frågan om huruvida det är tillåtet med finansiering av hälso- och sjuk-

[3] Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) för fler exempel på regleringar rörande privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder.
[4] För beskrivning av bakgrunden till förändringen av förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar år 2018, se kapitel 3.1.15.

vård med privata sjukvårdsförsäkringar har berörts i ett par tidigare lagstiftningsarbeten. Sedan den 1 januari 1983 då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ersatte sjukvårdslagen (1962:242), har det dessutom under några få år funnits bestämmelser som berör frågan.[5]

Den första regleringen var en särskild lag och gällde 2001–2002. Regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning inskränktes år 2001 genom lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.[6] Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Lagen var tidsbegränsad i avvaktan på utredning av nytt regelverk 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. Den socialdemokratiska regeringen föreslog att lagen skulle förlängas till den 31 juli 2004[7] men då det inte föreföll finnas tillräckligt stöd i riksdagen återkallades propositionen.[8]

Den andra regleringen avsåg ändringar i två bestämmelser i den då gällande hälso- och sjukvårdslagen och gällde åren 2006–2007. Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Av bestämmelserna framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Propositionen byggde på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet.[9] I förarbetena till regleringen angavs att finansieringen av den vården inte fick ske med privata sjukvårdsförsäkringar eller kontant betalning.[10]

Alliansregeringen upphävde regleringen.[11] Upphävandet av regleringen innebar att bestämmelserna återgick till den lydelse de hade tidigare. Detta skulle kunna tolkas som att finansiering genom försäkringar åter blev tillåten inom sådan verksamhet som omfattades av bestämmelsen. Det fördes dock inte några sådana resonemang i den

[5] Nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30) trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[6] Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6, bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.
[7] Prop. 2002/03:9.
[8] Skr. 2002/03:22.
[9] Prop. 2004/05:145, s. 7.
[10] Prop. 2004/05:145, s. 55.
[11] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

proposition som föregick upphävandet av regleringen.[12] Regleringen som upphävdes avsåg dessutom bara viss vård (nämligen vård som bedrevs vid sjukhus och där driften överlämnats av regionen till en privat vårdgivare) och inte all vård, varför det är svårt att dra några slutsatser om finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar generellt.

År 2017 överlämnande regeringen till riksdagen en proposition med förslag på regler om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.[13] Propositionen byggde på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om en välfärd utan vinstintresse.[14] Propositionen innehöll följande förslag till ny bestämmelse i HSL:

> Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts.

De principer som åsyftades var att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Propositionen innehöll även förslag till bestämmelse om att regionernas avtal enligt 15 kap. HSL skulle innehålla villkor om det nya kravet. Förslaget beskrevs som ett förtydligande av principer som redan gällde för den vård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar.[15]

Skrivningarna i propositionen skulle kunna tolkas som att det skulle vara vanligt förekommande och tillåtet med privata sjukvårdsförsäkringar inom den vård där regionen är huvudman men har lämnat över åt en annan aktör att utföra. Även i direktiven till denna utredning noteras att personer med privata sjukvårdsförsäkringar genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I flera remissvar till departementspromemorian Ds 2016:29, som föregick propositionen, påtalas dock att frågan om försäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården är föremål för olika tolkningar.[16] Flera remissinstanser menar att det behöver tydliggöras vad som gäller för privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården.

[12] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.
[13] Prop. 2016/17:166.
[14] Prop. 2016/17:166, s. 7.
[15] Prop. 2016/17:166, s. 25.
[16] Se t.ex. yttranden från Region Skåne, Landstinget Dalarna, Landstinget i Värmland, Stockholms läns landsting, SKR, Region Örebro län och Uppsala universitet.

I kommentar till dessa remissynpunkter uttalar regeringen att det inte finns något uttryckligt förbud för den offentligt drivna vården att ta emot försäkringspatienter som samtidigt omfattas av regionens skyldighet enligt HSL att erbjuda vård till dem som är bosatta i regionen. Regeringen uttalar sedan att det i praktiken enbart är privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Det skedde därför inte något sådant förtydligande som vissa remissinstanser efterfrågade.[17]

Lagrådet tillstyrkte inte regeringens proposition.[18] Lagrådet uttalade att det inte hade visats att den föreslagna lagstiftningen behövdes. Vidare uttalade Lagrådet att det inte heller hade klarlagts att förslaget skulle få konsekvenser som gynnar de patienter som riskerar att missgynnas på grund av privata sjukvårdsförsäkringar. Det framgick inte heller, enligt Lagrådet, hur de föreslagna bestämmelserna skulle kunna utvärderas. Lagrådet kunde mot den bakgrunden inte tillstyrka att förslaget skulle genomföras, särskilt som det sades vara endast ett förtydligande av vad som redan gällde. Riksdagen ansåg inte att regeringen hade visat att det fanns något behov av lagändringen och avslog propositionen vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.[19]

Såvitt utredningen känner till förekommer det inte att verksamheter som regionen bedriver i egen regi, tar emot betalning för hälso- och sjukvård via en privat sjukvårdsförsäkring. Inte heller känner utredningen till att en privat vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen finansierar den upphandlade vården via en privat sjukvårdsförsäkring. Det förekommer således inte i dag privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det betyder dock inte att det uttryckligen är förbjudet.[20] En privat vårdgivare kan bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och den privatfinansierade vården skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården, vilket beskrivs mer utförligt i kapitel 11.

Som beskrivs i kapitel 6 förekommer det att regionerna, utöver patientavgifter, tar emot ersättning för utförd hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. Regionerna kan bedriva tjänsteexport, och den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant

[17] Prop. 2016/17:166, s. 24.
[18] Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.
[19] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[20] Av kommunallagen (2017:725) följer vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Detta sker med stöd av särskild lagstiftning, s.k. kompetensutvidgande lagstiftning, som innebär att kommuner och regioner får ett mer långtgående mandat än vad som följer av kommunallagen (2017:725).[21] Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna själva betalar för, helt eller delvis. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.[22]

Som anges i det föregående ska de vanliga reglerna som gäller för all hälso- och sjukvård även tillämpas för den vård som finansieras av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. de som anges i 3 kap. HSL om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, samt det som anges i patientsäkerhetslagen (2010:659) om patientsäkerhet och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilda resonemang om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till dessa regler saknas i princip i förarbetena till de olika bestämmelserna.

Vad gäller den etiska plattformen och bestämmelserna i 3 kap. HSL är det svårt att få någon ledning av förarbetena om hur den ska tillämpas i praktiken eftersom det i stort sett helt saknas resonemang om privat vård i förarbetena, såväl om privat drift som om privat finansiering. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram främst för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, som en utgångspunkt för hur de gemensamma resurserna på bästa sätt skulle användas. Utifrån förarbetena går det inte att dra slutsatsen att privat vård eller privata sjukvårdsförsäkringar skulle vara oförenliga med den etiska plattformen. På de ställen där privatfinansierad vård nämns, uttrycks det indirekt. Det anges att i princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen

[21] Se 5 kap. lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.
[22] Se mer i kapitel 8.2.3 och i Smer 2014:1.

för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården.[23] Samtidigt framhålls i betänkandet, som utgjorde ett av beredningsunderlagen för propositionen, att samhället knappast kan förbjuda medborgarna att på egen bekostnad söka vård, även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder.[24] Utredningen noterar att det inte finns några skrivningar i förarbeten om hur en vårdgivare ska agera om den enskilde själv vill betala för vården.

Vad gäller behovs-solidaritetsprincipen är den 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 vårdarbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. De privata vårdgivarna har inte samma förutsättningar som regionerna att följa behovs-solidaritetsprincipen på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser.

År 2018 ändrades de skatterättsliga reglerna och numera ska privata sjukvårdsförsäkringar som bekostas av arbetsgivaren förmånsbeskattas. I propositionen som föregick den regleringen finns inte några resonemang om att det, t.ex. under vissa förutsättningar, inte skulle vara tillåtet med finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.[25] Som beskrivs i kapitel 8.8.1 motiverades förmånsbeskattningen i stället med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning. Förarbetena innehåller inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån förarbeten finna att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovs-solidaritetsprincipen, så länge den följs. Under förutsättning att vårdgivaren således följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika väntetider. Vad som regleras i regionernas avtal om väntetider utifrån vårdgarantin eller i försäkringsbolagens avtal om tidsgränser är underordnat behovs-solidaritetsprincipen.

[23] Prop. 1996/97:60, s. 25.
[24] SOU 1995:5, s. 25.
[25] Se prop. 2017/18:131, t.ex. s. 44.

12.1.3 Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom regler och förarbeten utgör även praxis från domstolar och myndigheter rättskällor, dvs. beskriver vad som är gällande rätt.

Staten, i form av tillsynsmyndigheten IVO, har ett ansvar att kontrollera att den som bedriver hälso- och sjukvård uppfyller regelverken. IVO har hittills inte fattat något tillsynsbeslut vad gäller frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har t.ex. inte kontrollerat vilka patientsäkerhetsrisker som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar vad gäller olika väntetider eller hur regionerna tar sitt huvudmannaansvar för de offentligfinansierade patienterna. Det finns således inte några praxisskapande beslut som kan ge ledning för hur regelverken ska tolkas och tillämpas i enskilda situationer. IVO har dock i en förstudie gjort allmänna uttalanden om hur en sådan tillsyn skulle kunna utföras.[26]

Det finns även andra myndigheter, så som Konkurrensverket, Upphandlingsmyndigheten och Socialstyrelsen, som har till uppgift att stödja och utfärda föreskrifter, riktlinjer och/eller stöd riktade till aktörerna inom vården. De har dock inte tagit fram stödjande dokument som avser frågor om just privata sjukvårdsförsäkringar. Konkurrensverket har t.ex. inte utövat någon tillsyn beträffande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen känner inte till att det finns några domstolsavgöranden som kan ge ledning, t.ex. rörande regionernas upphandling och vilka krav som regionerna kan ställa i avtalen rörande den privatfinansierade vårdens påverkan på den offentligfinansierade vården utifrån det s.k. upphandlingsföremålet. Upphandlingsmyndigheten har inte heller några stöddokument just kring denna fråga.

Socialstyrelsen arbetar på flera olika sätt med prioriteringsfrågor inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer som innehåller rekommendationer kring hur olika tillstånd och åtgärder bör prioriteras. Socialstyrelsen har inte tagit fram några särskilda riktlinjer t.ex. kring prioriteringar vad gäller vård som ges via privata sjukvårdsförsäkringar i relation till offentligfinansierad vård.

I rapporter från statliga utredningar och myndigheter har frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar berörts, men det är enbart

[26] IVO förstudie (2020).

några få som uttryckligen har undersökt frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser. Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker.[27] Vård- och omsorgsanalys lämnade då rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3). Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.

I rapporten *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter* (rapport 2014:1) från Statens medicinsk-etiska råd (Smer) berörs frågeställningar rörande privat finansiering i den offentliga vården och då utifrån beskrivningarna av med- och egenfinansiering och tilläggstjänster. Resonemangen i rapporten kan delvis appliceras på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.[28]

Det saknas således ledning från tillsynsmyndigheters praxis och övriga myndigheter om rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

12.1.4 Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom att det saknas specifika offentligrättsliga regler som gäller just privata sjukvårdsförsäkringar, saknas också regler som möjliggör insamling av data i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. De centrala register som finns, t.ex. Socialstyrelsens patientregister, IVO:s vårdgivarregister och de flesta nationella kvalitetsregister, saknar uppgift om finansieringsform. Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR omfattar inte den privatfinansierade vården. Det saknas således en nationell infrastruktur med information om bl.a. hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar samt vilka patienter det är som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar.

[27] Regeringsbeslut 2020-01-16, S2020/00213/FS (delvis).
[28] Se närmare beskrivning av denna rapport i kapitel 8.

12.1.5 Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård och regionen är då inte huvudman för den vården. I de fall en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare är regionen endast huvudman för den vård som bedrivs på uppdrag av regionen. Regionen anger villkor för hur vården ska bedrivas i avtalet med den privata vårdgivaren.

Ett flertal regioner har avtal med vårdgivare som bedriver vård både på uppdrag av regionen och på uppdrag av andra, t.ex. försäkringsbolag. Några regioner har i vissa avtal reglerat särskilt vad som gäller i de fall den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och då även tar emot försäkringspatienter. Andra regioner menar att det inte är regionens uppgift att reglera det då de bedömer att frågan inte ryms inom upphandlingsföremålet. Ett par andra regioner har uppgett att de befarar att de ska bli bortprioriterade i upphandlingsprocessen om de ställer krav i fråga om vad som gäller när vårdgivaren även tar emot försäkringspatienter. Det saknas därför ledning från regionernas praxis kring avtalsskrivande och vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. när vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider/tidsgränser.

12.1.6 Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att det finns skilda uppfattningar och en osäkerhet i fråga om vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns en osäkerhet om när privatfinansiering, och då särskilt i form av betalning via en försäkring, är tillåtet. Vidare upplevs det vara oklart vad som gäller för en privat vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, och då särskilt vad som gäller i frågan om olika väntetider/tidsgränser. Osäkerheten gäller även gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet och hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig. Det uttrycks även osäkerhet kring ansvarsfördelningen mellan regionens kontroll och IVO:s tillsyn. Denna osäkerhet har framkommit i intervjuer och kontakter med regioner, vård-

givare och andra berörda aktörer.[29] Även om de olika aktörerna har olika intressen och gör olika prioriteringar om vad som är viktigt ur deras perspektiv finns det en samstämmighet i att de efterfrågar en ökad tydlighet i frågan.

Vissa menar att målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, uppfylls så länge vårdgivaren uppfyller de krav som regionen har ställt i avtalet. Så länge vårdgivaren uppfyller dessa krav kan vårdgivaren därmed även bedriva privatfinansierad vård och således ta emot patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar. Andra menar att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovsprincipen i HSL. Det skulle därför inte vara tillåtet att bedriva vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, i vart fall inte om vårdgivaren samtidigt bedriver offentligfinansierad vård. Det finns en osäkerhet om vilket ansvar regionen har för eventuell påverkan på den offentligfinansierade vården i de fall den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.[30]

12.1.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det saknas uttryckliga regler som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. om hur vården får finansieras och huruvida privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen, behovs-solidaritetsprincipen och övriga regler och principer, t.ex. om en jämlik vård, vård på lika villkor för hela befolkningen samt bestämmelser om patientsäkerhet, huruvida en privat vårdgivare får tillämpa olika väntetider för offentligfinansierade patienter (enligt vårdgarantin) och för privatfinansierade patienter (enligt avtal med försäkringsbolagen). Vidare saknas regler om hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig när vården utförs av en privat vårdgivare och ansvarsfördelningen mellan IVO:s kontroll och regionernas kontroll över de privata vårdgivarna. Det saknas även annan rättslig ledning, t.ex. i form av förarbetsuttalanden eller vägledning från tillsynsmyndigheter och andra aktörer, i dessa frågor. Vidare saknas data och annan kunskap rörande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och vilken påverkan försäkringarna har

[29] Se beskrivning av utredningens undersökning i kapitel 6.6.
[30] Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 76.

på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Det saknas regler som möjliggör insamling och behandling av uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att staten och regionerna inte har tagit tillräckligt ansvar för att klargöra rättsläget i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa att patienterna får en god och patientsäker vård.

12.2 Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården

I föregående avsnitt beskrivs det oklara rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och de osäkerheter som denna oklarhet skapar. Detta medför svårigheter att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Vid utredningens kontakter med olika aktörer framkommer det även en otydlighet om vem som tar ett helhetsansvar för vården. T.ex. upplevs det vara oklart hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig och även hur det ansvaret förhåller sig till IVO:s tillsynsansvar. Denna otydlighet gäller inte bara finansieringen utan hälso- och sjukvården i stort.[31] Vård- och omsorgsanalys bedömning är att det inte tas ett helhetsansvar, varken på nationell, regional eller vårdgivarnivå, för att säkerställa att vården ges utifrån behov och på lika villkor.[32]

Det finns ett antal faktorer som bidrar till att det är svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård. I det följande beskrivs några av dessa faktorer.

Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården och området är av stor betydelse för samhället. Sverige har höga ambitioner för hälso- och sjukvårdspolitiken. I budgetpropositionen uttalas att målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv vård av god kvalitet, som är jämlik, jämställd och tillgänglig.[33] Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda resultat inom flera viktiga områden, samtidigt som det finns en rad utmaningar t.ex. avseende väntetider och kompetensförsörjning.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått strukturförändringar och är för närvarande föremål för flera

[31] Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19 s. 132 f., SOU 2021:4, s. 27 samt Dir. 2020:81.
[32] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 9.
[33] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

förändringar som gör området komplext och svårt att överblicka. Det pågår t.ex. en omställning i och med god och nära vård-reformen där primärvården ska vara den tydliga basen och första linjen.[34] Det pågår också ett reformarbete avseende högspecialiserad vård. Syftet är att minska risker för patienter, öka kvaliteten samt förbättra möjligheterna för patienter att få en jämlik vård oavsett var i landet man bor.[35] Det pågår även flera statliga utredningar som har i uppdrag att lämna förslag som kan komma att påverka hälso- och sjukvården utifrån ett systemperspektiv.[36]

Den pågående covid-19-pandemin förstärker utmaningarna för hälso- och sjukvården och har krävt att regionerna och vårdgivarna behövt ställa om för att kunna hantera sjukdomen och dess konsekvenser. En stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden.

Ytterligare en komponent, som gör den svenska hälso- och sjukvården svår att överblicka, är att det är flera olika huvudmän, vårdgivare och andra aktörer, som tillsammans ansvarar för den svenska hälso- och sjukvården.[37] Den svenska hälso- och sjukvården karakteriseras av decentralisering. Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, och de 21 regionerna och 290 kommunerna har tillsammans ansvaret för att genomföra hälso- och sjukvården. Därtill kommer de statliga myndigheterna som har ett nationellt ansvar inom sina områden, t.ex. tillsynsmyndigheterna IVO och Konkurrensverket. Dessutom förekommer i regionerna privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. I vissa regioner finns det många privata vårdgivare medan det i andra regioner inte är lika vanligt förekommande.

Att en otydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården försvagar och försvårar styrningen samt gör hälso- och sjukvården komplex, påtalas av flera statliga utredningar.[38] Coronakommissionen uttalar sig om äldreomsorgen, men deras uttalanden har bäring även på hälso- och sjukvården. Coronakommissionen uttalar att

[34] Prop. 2017/18:83, s. 19.
[35] SOU 2015:98.
[36] Se t.ex. Coronakommissionen (S 2020:09), Tillgänglighetsdelegationen (S 2020:12), Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16), Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) samt det nyligen lämnade betänkandet *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71) från Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
[37] Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19, s. 115 och SOU 2020:80, s. 111.
[38] Se t.ex. SOU 2018:89, SOU 2017:48 och SOU 2016:78.

regeringen styr riket (1 kap. 6 § regeringsformen) och att regeringen därför hade bort ta de initiativ som behövts för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris. Kommissionen uttalar att det är den sittande regeringen, liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap, som bär det yttersta ansvaret för de brister som identifierats.[39] Att regeringen, förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner ansvarar för sina beslut, föreskrifter, direktiv, riktlinjer och allmänna råd är närmast en självklarhet. Svårare är det, enligt Coronakommissionen, att avgöra vem som borde ha agerat när åtgärder saknats, liksom vem som bär ansvar för strukturella brister hos existerande institutioner och regelverk. Det senare är, enligt kommissionen, ”särskilt delikat” om olika myndigheter och huvudmän ansvarar för olika delar av verksamheten.[40] Coronakommissionen konstaterar att ju fler som delar på ansvaret, desto svårare blir det att få helheten att fungera väl i praktiken.[41]

Det finns också utmaningar med hur staten styr hälso- och sjukvården. I en granskningsrapport om hur staten har organiserat hälso- och sjukvården har Riksrevisionen identifierat fem styrmedel riktade till vårdens huvudmän. Dessa är

1. Reglerande styrmedel (lag och förordning).
2. Kunskapsstyrning.
3. Ekonomisk styrning (statsbidrag och överenskommelser).
4. Kontroll (tillsyn).
5. Övriga styrmedel (t.ex. öppna jämförelser, nationella handlingsplaner).

Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att statens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet har skett genom överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier.[42] Det står i kontrast till Ansvarskommitténs bedömning att statens styrning bör inriktas mot normering och att andra styrformer bör begränsas.[43]

Sammanfattningsvis finns det ett antal faktorer som gör att det är svårt för de olika aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjuk-

[39] SOU 2020:80, s. 278.
[40] SOU 2020:80, s. 278.
[41] SOU 2020:80, s. 14.
[42] RiR 2017:3, s. 15 ff.
[43] SOU 2007:10, s. 93.

vården. Frågan om ansvaret för finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar behöver ses i ljuset av detta.

12.3 Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen

12.3.1 Inledning

I direktivet till denna utredning anges att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. I direktivet står också att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården.[44]

För att förstå förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är det, enligt utredningens uppfattning, nödvändigt att beskriva de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i det svenska välfärdssamhället. I detta avsnitt beskrivs olika välfärdsmodeller och den diskussion som pågår om det svenska välfärdssamhällets utmaningar och då specifikt avseende hälso- och sjukvården. Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.

12.3.2 Välfärdsmodeller

I det följande ges en redogörelse för tre olika typer av välfärdsmodeller. Det finns omfattande forskning och beskrivningar i detta ämne.[45] Vidare används olika begrepp för att benämna de olika välfärdsmodellerna. Utredningen har valt att använda neutrala begrepp för att beskriva de olika modellerna och inte använda begrepp som anspelar på ett visst politiskt parti. De tre välfärdsmodellerna benämns således i detta betänkande som den *nordiska modellen* (ibland benämnd den socialdemokratiska), den *korporativistiska* (ibland be-

[44] Dir. 2020:83.
[45] Se t.ex. Esping-Andersen (1990), Rothstein (1994), Blomqvist (2016) och Blomqvist och Palme (2020).

nämnd den statskorporativa eller den konservativa) och *grundtrygghetsmodellen* (ibland benämnd den liberala).

De västerländska välfärdsstaterna uppvisar betydande skillnader vad gäller funktion och organisation. Esping-Andersens tes är att sociala egenskaper tenderar att i hög grad samvariera med andra. Utifrån dessa skillnader går det, enligt Esping-Andersen, att identifiera tre olika typer av välfärdssamhällen. Esping-Andersen kallar dessa tre typer för tre olika välfärdsregimer. Genom att använda ordet regim vill han poängtera att typologiseringen ser till en stor mängd faktorer inom i stort sett hela välfärdssamhället och även inkluderar relationen mellan staten och ekonomin. En välfärdsstatsregim är ett sätt att organisera och strukturera hela välfärdssamhället vilket föranleder Esping-Andersen att tala om de tre regimerna som tre olika ”världar”. Esping-Andersens beskrivning är ett slags förenklade typologier (eller idealtyper). Det är inte något lands faktiska välfärdsstatssystem som ser exakt ut som någon av dessa typer.

Begreppet ”avvarufiering” (”de-commodification”) betecknar i vilken grad välfärdsstaten gör dess medborgare oberoende av marknaden. Det är, enligt Esping-Andersen, välfärdsstatens uppgift att avhjälpa problem så att inte medborgarna är helt utelämnade åt marknadens logik. Annorlunda uttryckt gör välfärdsstaten att människor inte betraktas som varor. För de tre regimerna är skillnader i avvarufieringspotential en avgörande faktor.

Grundtrygghetsmodellen präglas av modesta behovsprövade ersättningar som vanligtvis kräver betydande motprestationer av mottagaren. Regimen förlitar sig i hög grad på marknadslösningar och erbjuder därmed en låg avvarufieringspotential.

Inom den *korporativistiska regimen* är välfärdsstaten mer generös, men välfärdslösningarna är ofta differentierade beroende på yrkesgruppstillhörighet. Kyrkan har också en central roll, vilket medför att välfärdsstaten tenderar att vara organiserad i enlighet med traditionella normer där familjen har stor betydelse. Den korporativistiska regimen är inte särskilt marknadsberoende men är bara måttligt avvarufierande, eftersom välfärdssystemens generositet beror på en persons klass- och yrkestillhörighet.

Den tredje regimen – *den nordiska* – erbjuder den högsta avvarufieringspotentialen. Marknaden spelar en tillbakadragen roll och välfärdssystemen kännetecknas av universalism och generositet. Välfärds-

tjänster som vård, skola och social omsorg tillhandahålls genom offentliga system.

12.3.3 Närmare om den nordiska välfärdsmodellen

Ett värde som förknippas med den nordiska välfärdsmodellen är principen om universalism. Med universalism avses sociala skyddssystem som omfattar alla i ett land, inte endast vissa grupper, och som strävar efter att fördelningen av resurser ska ske på lika villkor. Modellen innebär att alla har tillgång till tjänster som t.ex. skola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg, liksom ekonomiskt stöd vid exempelvis arbetslöshet och sjukdom. Universalism beskriver ett system som riktar sig till hela befolkningen inom ett land i stället för specifika grupper, t.ex. med avseende på inkomst, yrkesstatus eller etnisk tillhörighet. Universell välfärdspolitik syftar till ökad jämlikhet i livsvillkor inom befolkningen samt social integration, dvs. att alla ska känna sig delaktiga i samhället. Universalism som begrepp kan därmed anses bygga på föreställningen att det finns gemensamma värderingar inom befolkningen och en önskan om tillhörighet till en gemenskap som omfattar alla grupper och individer.

De olika välfärdstjänsterna hanteras av det offentliga och finansieras genom skatter. En förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar.

12.3.4 Den svenska välfärdsmodellens utmaningar

Sverige anses tillhöra den grupp av välfärdsmodeller som brukas benämnas den nordiska välfärdsmodellen. Det finns dock en diskussion om huruvida det pågår en utveckling bort från denna välfärdsmodell och om det till och med redan har skett ett systemskifte. Det diskuteras om de olika marknadsreformerna och den ökade privatiseringen som har genomförts i Sverige de senaste decennierna underminerar systemets universalism. Diskussionerna rör inte enbart hälso- och sjukvårdssystemet utan pågår även inom t.ex. äldreomsorgen,

socialförsäkringsområdet och skolan. Diskussionerna förekommer både inom forskning och i den allmänna debatten.[46]

I artikeln *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990*[47] har författarna beskrivit utmaningarna för universalismen på fyra områden nämligen pensioner, socialförsäkring, familjepolitik och hälso- och sjukvård. En särskild diskussion förs kring privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt artikeln indikerar framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar att gapet har ökat mellan vad invånarna och arbetsgivare efterfrågar och vad den offentliga vården kan erbjuda. Flera studier indikerar enligt författarna att de ökade väntetiderna inom främst specialistvården är orsaken till framväxten av hälso- och sjukvårdsförsäkringarna. Samtidigt konstateras att mycket tyder på att den generella tillgängligheten till vården har förbättrats för alla grupper.

I artikeln *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?*[48] skriver författaren att mycket pekar på att universalismen i den svenska välfärdstjänstesektorn har försvagats. Denna försvagning märks, enligt författaren, genom att tjänsternas innehåll inte längre är enhetligt och att deras förmåga att tillgodose medborgarnas behov har avtagit, vilket märks genom en framväxande privat social tjänstesektor vid sidan av de offentliga systemen. Författaren skriver att det finns tecken på en uppluckring av principen om gemensam finansiering inom hälso- och sjukvården. När det gäller den framtida utvecklingen av universalismen i den svenska välfärdsmodellen framstår, enligt författaren, växande privata marknader inom välfärdstjänstekonsumtion som en av de största utmaningarna. Fortsätter andelen privata sjukvårdsförsäkringar att öka samtidigt som den privatfinansierade vårdmarknaden expanderar, riskerar Sverige att utveckla ett system där de ekonomiskt starkare grupperna, eller de med rätt anställning, köper sig mer förmånliga vårdtjänster medan övriga hänvisas till det offentliga systemet. Författaren menar att då har universalismen definitivt urholkats, även med avseende på principen om solidarisk finansiering.

I forskningsrapporten *Vården är värd en bättre styrning* skriver författaren att befolkningen kan ifrågasätta själva existensen av pri-

[46] Se t.ex. Rothstein (1994), Blomqvist (2016), Blomqvist och Palme (2020), Anell (2020) och Lapidus (2020). Se även t.ex. DN Debatt, Barr och Palme, 21 december 2020 och DN debatt, Lapidus, 6 september 2019.
[47] Blomqvist och Palme (2020).
[48] Blomqvist (2016).

vata sjukvårdsförsäkringar eftersom de innebär att traditionen om universalism, att alla ska behandlas lika, urholkas.[49]

Vård- och omsorgsanalys beskriver i rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* att en risk med förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar är att det kan uppstå ett tudelat system eftersom det på sikt kan leda till två typer av sjukvård, försäkringsfinansierad och offentligfinansierad. Risken är att kvaliteten och innehållet i de två olika systemen skiljer sig åt och att personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt exempelvis i hälsa, ålder, inkomst och utbildning.[50]

Som beskrivs ovan är en förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar. SOM-institutet vid Göteborgs universitet samlar årligen in kunskap om allmänhetens inställningar i olika frågor som rör samhället. Även SKR gör årliga mätningar av befolkningens attityder, förtroende och uppfattning om hälso- och sjukvården (den s.k. Hälsobarometern). Dessa undersökningar visar att förtroendet för hälso- och sjukvården har ökat kraftigt i hela landet under pandemin.[51]

Även över tid har förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och det offentliga varit stort. Det finns en vilja att bidra till systemet genom att betala skatt.[52] I SOU 2001:57 beskrivs att det kan vara svårt att göra mätningar av befolkningens förtroende för exempelvis hälso- och sjukvården, hur utvecklingen av förtroendet har varit över tid och skillnader mellan andra länder m.m. Referenspunkter bakåt i tiden och till andra länder måste finnas. Attitydmönster anses också kunna vara komplexa och till vissa delar motsägelsefulla.[53]

I en nyligen publicerad artikel har man undersökt om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkat viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. I studien kunde man inte se några skillnader mellan personer med respektive utan sjukvårdsförsäkring gällande viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. Inkomst och politisk uppfattning hade större inverkan på viljan att betala skatt. Författarna konstaterar även att motsvarande resultat

[49] Anell (2020), s. 129 f.
[50] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.
[51] SKR (2021) och SOM-institutet (2020). Se även IVO 2021-7, s. 31 och SOU 2021:59, s. 95.
[52] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71 ff.
[53] Se SOU 2001:57, s. 363 och 382.

återfanns i en norsk studie gällande privata sjukvårdsförsäkringar i Norge.[54]

Vård- och omsorgsanalys skriver i sin rapport, som publicerades innan den i föregående stycket beskrivna studien var utförd, att med tanke på att privata sjukvårdsförsäkringar i dag bara står för omkring en procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården är det inte förvånande att det inte går att se någon effekt på förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt på aggregerad nivå. Det är först på längre sikt som effekterna kan tänkas uppstå.[55]

I ovan nämnd SOU 2001:57 beskrivs att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar i sig har ansetts kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera det som efterfrågas.[56]

Sammanfattningsvis pågår en diskussion om huruvida det håller på att ske, eller till med redan har skett, en förflyttning bort från den nordiska välfärdsmodellen rent allmänt. Det finns även en diskussion som rör just privatfinansiering av hälso- och sjukvården och hur den passar in i den nordiska välfärdsmodellen med universalismen som grund. Hittills har det inte gått att se att förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och viljan att bidra till systemet genom att betala skatt har påverkats. Hur man ska se på utvecklingen och vilka för- och nackdelar som finns med olika modeller är dock, enligt utredningen, en politisk fråga.

I kapitel 14 beskrivs olika frågor som framöver kan behöva undersökas ytterligare. Ett område som nämns är analyser av vad som driver framväxten av försäkringar och hur olika incitament för att teckna försäkringar kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

[54] Kullberg et al. (2021).
[55] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71.
[56] SOU 2001:57 s. 363. En undersökning som redovisas i utredningen visar att tilliten och betalningsviljan för välfärdspolitiska områden i Sverige i stort var oförändrade mellan 1997 och år 2000. Ett område där människors tillit hade minskat var sjukvården. Sjukvården var den enda enskilda indikator där en statistiskt signifikant förändring hade kunnat konstateras. I betänkandet anges att ”röster höjts för att ge privata vårdförsäkringar ökat svängrum på samma sätt som inom pensionssystemet”. Det anges även att ”Tendenserna till att förtroendet för sjukvården sjunker inom alla grupper ansågs vidare kunna tyda på att sådana argument kan få gehör också utanför de högre tjänstemannagrupper som hittills varit de privata vårdförsäkringarnas främsta målgrupp.”

12.4 Intresseavvägning

Det finns flera intressen som behöver beaktas i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa av dessa intressen kan komma i konflikt med varandra och behöver därför vägas mot varandra.

Det övergripande intresset som beskrivs i direktivet är politikernas och de enskildas värnande om välfärdsmodellen och mer specifikt det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården att den ska tillhandahålla en fungerande och effektiv hälso- och sjukvård med god och patientsäker vård på lika villkor för hela befolkningen.

Andra intressen kan vara den enskildes självbestämmanderätt och val att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt har inte alla samma möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Som konstaterats tidigare tecknas den absoluta merparten av de privata sjukvårdsförsäkringarna (90 procent) av arbetsgivarna eller som andra gruppförsäkringar (t.ex. genom fackförbund). Försäkringstagarna är således främst personer som är i arbetsför ålder och som finns på arbetsmarknaden.

Ytterligare ett intresse är patientens upplevelse av vården och kvaliteten och t.ex. patientens eller dess närståendes syn på om vården är lätt tillgänglig och om vårdgivarna tillgodoser deras behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821).

Ett annat intresse kan vara hälso- och sjukvårdspersonalens tillgång till en bred arbetsmarknad med möjlighet att välja mellan privata och offentliga arbetsgivare.

Arbetsgivares intresse av att de anställda har en god hälsa samt färre och kortare sjukskrivningar kan leda till att vissa arbetsgivare betalar för den enskildes försäkring. De privata sjukvårdsförsäkringarna innehåller också förebyggande och rehabiliterande insatser som delvis överlappar det som utförs inom företagshälsovården. Detta kan medföra att arbetsgivare väljer att erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar då dessa är enklare att erbjuda än företagshälsovård för exempelvis mindre arbetsgivare.[57]

För försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna kan frågan om långsiktig ekonomisk stabilitet i verksamheten, vinster, avtalsfrihet och näringsfrihet vara viktiga värden.

[57] Palme, M. (2017), s. 23.

12.5 Utredningens skäl för förslag

Utredningens bedömning: Staten och regionerna behöver 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 och säkerställa en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna bör ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har konstaterat att det saknas regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har utredningen visat att denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Det finns inte en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om bl.a. hur vården får finansieras, och då särskilt när den får finansieras privat, vårdgivarens skyldigheter t.ex. vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare samt IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I avsaknad av ledning från regler, förarbeten och praxis har det överlämnats åt IVO, regionerna och vårdgivarna att hantera frågan.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som specifikt rör privata sjukvårdsförsäkringar men har i en förstudie beskrivit hur en sådan tillsyn skulle kunna gå till. IVO har dock till utredningen framfört behov av fler och nya verktyg för att kunna utöva tillsynen. Vissa men inte alla regioner reglerar frågan i avtalet med vårdgivarna. Avsaknaden av regler som möjliggör insamling av officiella data har medfört svårigheter att följa upp och utöva tillsyn samt analysera vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har för hälso- och sjukvården.

Utredningen kan således konstatera att dagens reglering inte är anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor

som rör privata sjukvårdsförsäkringar vilket ger upphov till diskussioner som inte gagnar frågan.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvården mellan staten och regionerna beskrivs närmare i kapitel 6. Av regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Riksdag och regering har ansvar för att det finns tydliga och ändamålsenliga regelverk som går att följa upp och genom tillsyn kontrollera och säkerställa att de efterlevs. Ett tydligt regelverk är nödvändigt ur rättssäkerhetssynpunkt. Staten har även det övergripande ansvaret för nationell statistik och kunskapsstyrning. Både IVO och Socialstyrelsen är myndigheter som är centrala i statens arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.[58]

Utredningen anser att det behövs ett aktivt och medvetet beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta ett ansvar och ange de rättsliga ramarna och ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård.[59] En tydlighet 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 det kommunala självstyret, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna denna fråga till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Det finns ett ytterligare antal omständigheter som talar för att en otydlighet och bristande kunskap i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är olämplig. Det är i dag cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring och antalet har ökat de senaste åren. Liknande ökning ses i de andra grannländerna. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i dessa länder har vuxit fram på motsvarande sätt som i Sverige, dvs. utan ett aktivt beslut från riksdagen eller regeringen.[60]

Det finns inte i Sverige några begränsningar av vilken vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, så som det t.ex. ser ut i Kanada, där försäkringar inte får omfatta sådan vård som omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen (s.k. supplementära försäk-

[58] SOU 2020:36, s. 97 ff.
[59] Se kapitel 2 om begrepp angående vad utredningen menar med en god och patientsäker vård.
[60] Olesen (2009). Se även beskrivningar av den internationella debatten i kapitel 10.

ringar, se vidare i kapitel 10.6).[61] De svenska försäkringarna täcker den vård som erbjuds av de privata vårdgivarna och som försäkringsbolagen väljer att deras avtal ska omfatta. Omfattningen av den vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan således öka utifrån vilken vård de privata vårdgivarna väljer att bedriva. I samband med förändringen av förmånsbeskattningen år 2018 gjorde regeringen bedömningen att antalet privata sjukvårdsförsäkringar skulle minska. Någon minskning av antalet har ännu inte kunnat konstateras.

Forskare har identifierat ett mönster i fråga om att hälso- och sjukvårdssystemen kan fungera med en liten förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar. Om omfattningen blir alltför stor kan detta få negativa konsekvenser för välfärdssamhället på ett irreversibelt sätt. Vidare har det noterats att en sådan framväxt kan gå fort.[62]

I kapitel 8 och 11 beskrivs fler områden än försäkringsfrågan som har ifrågasatts utifrån den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen. Exempelvis har det ifrågasatts hur vårdgarantin och vårdvalet kan kombineras med en behovsprövning och den etiska plattformen generellt. Även den snabba framväxten av digitala vårdtjänster (bl.a. s.k. nätläkare) där befolkningen för en begränsad summa kommer i direktkontakt med vården har kritiserats på liknande sätt.[63] Dessa diskussioner har huvudsakligen skett efter att de statliga utredningarna har utrett frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Utredningen anser att det är viktigt att följa utvecklingen av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Särskilt viktigt är att identifiera och följa vad som är de bakomliggande mekanismerna till den fortsatta ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar. Som tidigare har angetts kan väntetiderna till den offentliga vården vara en förklaring till framväxten.[64] Om det sker en utveckling mot att försäkringarna erbjuder ett större utbud av tjänster än vad den offentliga vården kan erbjuda, kan drivkrafterna förändras.

Det finns vidare höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården, och frågor om tillgänglighet och väntetider tar stor plats både i den politiska debatten och bland forskare och allmänheten. Det har lämnats flera förslag och funnits regleringar på området som visar att frågan tillmäts stor betydelse. Även om det saknas mycket

[61] Samtidigt finns det en omfattande förekomst av komplementära försäkringar i Kanada, se vidare i kapitel 10.
[62] Se mer i kapitel 10.8 och där refererade källor och kapitel 12.3.4.
[63] Frågan beskrivs i SOU 2019:42. Se även Bergwall (2021).
[64] Blomqvist och Palme (2020).

forskning om privatfinansiering av hälso- och sjukvård har två myndigheter, Vård- och omsorgsanalys och IVO, beskrivit hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården i stort. Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § HSL. Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.[65] Undersökningen är dock behäftad med flera begränsningar varför man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tar undersökningen inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser i stället slutsatserna hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

I en förstudie bedömer IVO att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov och att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för den bedömningen.[66]

Det behövs mer data och kunskap för att forskare och myndigheter ska kunna bedöma påverkan och konsekvenser av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det är också viktigt med ett helhetsperspektiv och att skilja på frågor som rör enskilda fall och frågor som rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att tillämpas på båda nivåer. Utredningen anser att det behöver bli tydligare för allmänheten, politiker och beslutsfattare vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lyfter i kapitel 14 behovet av kunskap om de bakomliggande mekanismerna till ökningen av antalet privata

[65] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.
[66] IVO förstudie (2020).

sjukvårdsförsäkringar. Sådan kunskap är viktig för att framtida statliga initiativ och regleringar ska vara ändamålsenliga.

Som bekant är det regeringen som styr Sverige och som lämnar förslag till riksdagen om ny lagstiftning. Lagstiftning sker genom beslut i riksdagen och är således föremål för politiska avgöranden. Utredningen menar att det är lämpligt att frågor som rör finansiering av hälso- och sjukvård där olika intressen behöver vägas mot varandra bör fattas utifrån politiska avgöranden och inte enbart överlämnas till enskilda regioner, vårdgivare och tillsynsmyndigheter att besluta om.

Utredningen anser sammantaget att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data om privata sjukvårdsförsäkringar. Regionerna bör ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna i frågor som kan påverka den offentligfinansierade vården. Staten och regionerna bör ges erforderliga verktyg och förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar. I nästföljande kapitel presenteras utredningens förslag på författningsändringar och andra förslag.

13 Utredningens förslag

13.1 Inledning

I föregående kapitel återfinns utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. I kapitlet konstaterar utredningen att det saknas ändamålsenliga och tydliga regler i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Området är således i princip oreglerat. Av kapitlet framgår vidare att utredningen anser att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra samtliga patienter en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna bör regionerna ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. De bör ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för huvudmännen och vårdgivarna men även för patienterna och allmänheten i övrigt om hur regler ska tolkas och tillämpas.

I detta kapitel redovisas hur de konkreta förslagen ska utformas. Det är fråga om dels författningsförslag, dels andra förslag som utredningen har funnit motiverade.

13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård

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

Skälen för utredningens bedömning:

13.2.1 Det medicinska behovet ska styra

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor för hela befolkningen är centrala utgångspunkter för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården även för privata vårdgivare, oavsett om den bedrivna vården är offentligfinansierad, privatfinansierad eller både och. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte, utifrån en juridisk bedömning av lagstiftning, förarbeten m.m., kan finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Under förutsättning att vårdgivaren först gör en medicinsk bedömning av den enskildas behov saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika tidsgränser/väntetider. Författnings- eller avtalsreglerade tidsgränser/väntetider är underordnade principen om vård efter behov. 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/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte gett vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då granska om det innebär att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. Regionerna är i egenskap av huvudmän 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.

Förutom att vara vägledande i det direkta vårdarbetet är behovs-solidaritetsprincipen avsedd att ge ledning även på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs fram-för allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

Behovs-solidaritetsprincipen sätter yttre ramar för hur prioriteringar ska göras. För att kunna göra korrekta prioriteringar i det direkta vårdarbetet utgår vårdens professioner från olika kunskapsstöd som nationella riktlinjer, kunskapsöversikter, regionala vårdprogram, forskningslitteratur m.m. men även information från patienterna och kollegor.[1]

13.2.2 Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen

En rad olika aktörer har föreslagit att det bör göras en översyn av den etiska plattformen, bl.a. utifrån hur hälso- och sjukvården har utvecklats men också utifrån de många tolkningssvårigheter som uppges finnas med plattformen.[2] Utredningen anser inte att det är nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen för att utredningens förslag ska kunna genomföras. Utredningens förslag om nya verktyg för regionerna och IVO syftar till att de ska kunna ta sitt ansvar utifrån sina respektive ansvarsområden. De ska ges bättre förutsättningar att säkerställa att bl.a. bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården följs, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och det gäller olika avtalade tidsgränser.

Utredningen vill dock göra några påpekanden som kan ha betydelse för den framtida diskussionen om hur privata försäkringar förhåller sig till den etiska plattformen och andra grundläggande bestämmelser och principer för hälso- och sjukvården så som en vård på lika villkor för hela befolkningen.

[1] Se vidare i SOU 2017:48, s. 313 ff.
[2] Se kapitel 8.6 för en beskrivning av olika förslag till översyn av den etiska plattformen.

Den etiska plattformen bygger på tre principer:

– människovärdesprincipen,
– behovs-solidaritetsprincipen, och
– kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna är rangordnade med människovärdesprincipen högst och kostnadseffektivitetsprincipen underordnad de två andra.[3] I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar lyfts oftast dock enbart behovs-solidaritetsprincipen fram. I hälso- och sjukvården kan grundläggande etiska principer ibland komma att stå mot varandra.[4]

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 vårdarbetet.[5] I propositionen till bestämmelserna om etiska plattformen framhölls att det inte går att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården utan plattformen avser att ge ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Den etiska plattformen anger då en inriktning och ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.[6]

Utredningen konstaterar också att regleringen av den etiska plattformen i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, togs fram under en tid då privat vård var av mycket begränsad omfattning. Privatfinansierad vård förekom knappt. Diskussionen om efterfrågestyrd vård var heller inte särskilt stor, till skillnad från i dag. Uttalanden i förarbetena tar därför framför allt sikte på den offentligfinansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst, inte den privatfinansierade vården. Privatfinansierad vård nämns endast på några enstaka ställen i propositionen. I direktiven till den utredning som låg till grund för propositionen, var fokus på uppdraget den offentliga vården och hur de offentliga resurserna bäst kan användas.

[3] För vidare resonemang, se t.ex. SOU 2019:15, s. 320 ff.
[4] Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.
[5] Se Prioriteringscentrum 2015:3, där Prioriteringscentrum framhåller att bedömningen av patientens behov framför allt bör ske i mötet mellan patient och profession men att detta ställer till problem för de prioriteringar som i många fall måste ske på gruppnivå.
[6] Prop. 1996/97:60, s. 19.

Även om samma grundbestämmelser i 3 kap. HSL gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de under olika förutsättningar, vilket gör att den praktiska tillämpningen kan skilja sig åt. Detta har dock inte kommit till uttryck i 3 kap. HSL. Frågan om hur den etiska plattformen kan tillämpas i den privatfinansierade vården, bl.a. när det gäller s.k. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster, har också lyfts av både Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och Prioriteringscentrum.[7]

Samma resonemang som redovisats ovan gäller även för bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. I förarbetena från år 1981 är det tydligt att bestämmelsen framför allt tar sikte på den offentligfinansierade vården och inte den privata.[8]

Utredningen kan även konstatera att det har skett en förändring i synen på den etiska plattformen, då den inledningsvis framför allt sågs som allmänna principer medan den numera från myndigheter och i diskussionen ibland åberopas som skarpa regler som bör användas i tillsynsärenden.[9]

Det kan också vara nödvändigt att diskutera hur det går att förena den författningsreglerade vårdgarantin eller avtalsreglerade tidsgränser med kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Även om det i förarbetena anges att vårdgarantin är underordnad de bestämmelserna, beskrivs en risk för att vårdgarantin påverkar regionernas prioriteringar.[10] Utredningen anser att man behöver diskutera huruvida de författnings- eller avtalsreglerade tidsgränserna påverkar möjligheterna att leva upp till kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Det är viktigt att komma ihåg att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården utgör en del av den övergripande frågan om tillgänglighet till hälso- och sjukvården.

Vidare måste diskussioner om privat drift och privatfinansierad vård även beakta andra grundläggande principer, så som avtalsfrihet och näringsfrihet och hur de förhåller sig till den etiska plattformen. Även den enskildas självbestämmande och upplevelser om rättvisa behöver beaktas.

Oavsett om det sker en översyn av den etiska plattformen eller inte är det enligt utredningen viktigt att diskussionen om den etiska

[7] Se beskrivning i kapitel 8.2.3.
[8] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[9] Se t.ex. IVO förstudie (2020).
[10] Se beskrivning i kapitel 8.7.

plattformen även omfattar de ovan beskrivna påpekandena som rör den privatfinansierade vården. En sådan diskussion måste, enligt utredningens bedömning, komma in på principiella frågor som bl.a. behöver kopplas samman med vilket välfärdssamhälle Sverige bör ha, hur hälso- och sjukvården ska finansieras och hur resurserna används bäst.

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården

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.

Skälen för utredningens förslag:

13.3.1 Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas

Som beskrivs i kapitel 6 och 12 finns det inte några uttryckliga regler om hur hälso- och sjukvård får finansieras, varken vad gäller offentlig eller privat finansiering. I kapitel 6.6 beskrivs även de osäkerheter som aktörerna upplever i denna fråga. Under utredningens arbete har det förekommit flera diskussioner kring frågan om ”privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården”. Diskussionerna har framför allt rört situationen där den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.[11]

Såvitt utredningen har kunnat se utför inte regioner vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Det förekommer dock att regioner tar emot privat finansiering på andra sätt, t.ex. i samband med tjänsteexport. Tjänsteexport avser här regionernas erbjudande om högspecialiserad vård till patienter från ett annat land. Den vår-

[11] För beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

den kan t.ex. betalas av den enskilde eller ett försäkringsbolag. Tjänsteexporten möjliggörs genom särskild lagstiftning.[12]

Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.[13]

Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det är förbjudet, dvs. att det skulle finnas hinder för en region att börja ta emot betalning via privata sjukvårdsförsäkringar. Stockholms läns landsting (SLL) beslutade t.ex. 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Det saknas dock uppgift om att denna möjlighet har utnyttjats.[14]

Utredningen kan vidare konstatera att för det fall regionerna skulle ta emot privatfinansierade patienter skulle vården som ges till dessa patienter inte vara offentligfinansierad, även om den utförs i offentlig regi, eftersom finansieringen kommer från annat håll än offentliga medel.[15]

Som beskrivs i kapitel 12.2 är dagens reglering rörande finansiering av hälso- och sjukvården inte anpassad utifrån framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser därför att regleringen inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågan om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar, framför allt när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen anser därför att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Enligt utredningens direktiv ska utredningen också lämna författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

[12] Se kapitel 3.6.5 för beskrivning av den lagen.
[13] Smer 2014:1.
[14] Se t.ex. SKR (2012).
[15] Se vidare i kapitel 2 och kapitel 13.3.3 om begreppet offentligfinansierad vård, samt i kapitel 5 om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar.

13.3.2 Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås

Utredningen föreslår att nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården ska tas in i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelserna ska ange att när regionen bedriver hälso- och sjukvård i egen regi ska den enbart finansieras med offentliga medel om inte annat följer av lag. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller andra privata finansieringsformer.

Det är i dag redan särskilt reglerat att regionen får bedriva viss hälso- och sjukvård som får finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Sådana regler finns t.ex. i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och om s.k. tjänsteexport i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Som beskrivs ovan (13.3.1) förekommer det även privatfinansiering av viss vård inom regionen och där alltså patienterna betalar själva. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725), KL som reglerar detta.[16] I 2 kap. 5 § KL regleras regionernas rätt att ta ut avgifter för tjänster som den tillhandahåller. Därutöver återfinns i 2 kap. KL ett antal grundläggande principer som regionerna också måste förhålla sig till i sin verksamhet (se vidare i kapitel 3.6.2). Utredningen har inte sett anledning att, utöver frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, se över regioners finansiering som inte sker med offentliga medel t.ex. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan privat finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.

Vad gäller patientavgifter är det särskilt reglerat i lag att regionerna får ta ut dessa (se 17 kap. HSL tillsammans med 2 kap. 5 § KL). Patientavgifter kommer därför fortsatt kunna finansiera delar av den hälso- och sjukvård som regionerna utför.

Motsvarande bestämmelse om finansiering med offentliga medel ska införas för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. Även den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag

[16] Se Smer 2014:1.

av regionen ska finansieras med offentliga medel, utöver vad som följer om patientavgifter. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata medel, t.ex. kontanta betalningar eller sjukvårdsförsäkringar.

Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.[17] En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver således särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården inte finansieras med offentliga medel och tvärtom. I förarbeten har det uttalats att det bör vara upp till varje vårdgivare att bestämma hur detta särskiljande ska utformas.[18] Det torde t.ex. inte vara nödvändigt att de olika finansieringsformerna finns i olika juridiska personer. Såvitt utredningen känner till sker redan i dag ett sådant särskiljande.

Utredningen instämmer i tidigare bedömningar och anser att det bör vara vårdgivarens ansvar att organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att det blir tydligt vilka delar av den som är helt eller delvis offentligfinansierade. De föreslagna bestämmelserna om finansiering understryker vikten av detta. I nästföljande avsnitt beskrivs vilka krav regionerna bör ställa i avtalet med en privat vårdgivare som bedriver vård åt olika uppdragsgivare. Utredningen anser att det i avtalet bör regleras hur faktureringen från olika uppdragsgivare ska särskiljas så att inte offentliga medel finansierar den privata delen och tvärtom.

De nya bestämmelserna om finansiering syftar till att tydliggöra att det inte ska vara tillåtet för regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, att finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel, t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Undantag görs för patienters avgifter och annan privatfinansiering där det finns författningsstöd.

Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av de nya reglerna. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, t.ex. med privata sjukvårdsförsäkringar.

I de fall en privat vårdgivare bedriver vård på uppdrag av både regionen och av andra, t.ex. bedriver både offentligfinansierad och

[17] Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24 som dock inte ledde till någon ny lagstiftning.
[18] Se prop. 2016/17:43, s. 96. Se även prop. 2016/17:166, s. 24.

privatfinansierad vård, kommer följande att gälla. Som nämnts ovan innebär utredningens förslag om finansiering inte att en privat vårdgivare måste dela upp verksamheterna i olika juridiska personer för att kunna bedriva vård åt flera uppdragsgivare. Förslaget innebär att den vård som utförs med regionen som uppdragsgivare och huvudman inte får finansieras med privata medel. Det kommer således även fortsättningsvis att vara tillåtet att ta emot privatfinansiering för sådan vård som inte bedrivs på uppdrag av regionen, t.ex. sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Likaså kommer det fortsatt att vara tillåtet för patienter att finansiera olika former av tillägg, t.ex. genom att bekosta en bättre lins vid en kataraktoperation, eftersom denna del inte omfattas av den vård som regionen överlämnat till den privata vårdgivaren. En privat vårdgivare måste dock, även i sådana situationer, kunna särskilja vilken vård som har finansierats privat och vilken vård som har finansierats offentligt.

En region kan lämna över utförandet av vården till en annan region. Även denna situation omfattas av den föreslagna bestämmelsen. Frågan om finansiering torde dock framför allt vara relevant när regionen har lämnat över driften till en privat vårdgivare.

Eftersom det inte finns några bestämmelser i HSL om hur hälso- och sjukvård får finansieras, har utredningen utrett i vilken avdelning och vilket kapitel de nya bestämmelserna lämpligen bör placeras. Bestämmelserna riktar sig till vårdgivare, antingen när regionen själv är vårdgivare eller när regionen har uppdragit åt någon annan att utföra vården. I avdelning III i HSL (7–10 kap.) finns bestämmelser om regionens ansvar som huvudman. Även om dessa bestämmelser inte direkt riktar sig till regionen i egenskap av vårdgivare anser utredningen ändå att den avdelningen är den mest lämpliga placeringen. I regionens ansvar som huvudman kan också anses ligga ett ansvar för hur vård som bedrivs i regionens egen regi finansieras. I 15 kap. HSL finns bestämmelser om när vård utförs av annan på uppdrag av regionen. Det är därför lämpligt att placera bestämmelsen om hur den vården får finansieras i det kapitlet.

13.3.3 Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel

Eftersom det i dag saknas uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvården finns det inte heller en legaldefinition av offentligfinansierad hälso- och sjukvård. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses vård som är finansierad av allmänna medel.[19] I propositionen som föregick förslaget kring slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård uttalade regeringen följande.[20]

> Någon formell definition av begreppet offentligt finansierad vård finns inte i skattelagstiftningen. I förarbetena (prop. 1994/95:182 s. 20) anges att den offentligt finansierade vården bekostas av det allmänna genom bl.a. den allmänna försäkringen och andra offentliga finansieringssystem. Med offentligt finansierad vård torde, enligt regeringen, således avses vård som finansieras genom allmänna skatter (jfr prop. 2016/17:166 s. 14). Den inte offentligt finansierade vården ligger alltså utanför det offentliga finansieringssystemet och bekostas ofta av privata sjukvårdsförsäkringar.

I SOU 2013:2 föreslogs att följande definition skulle införas i patientlagen (2014:821): ”Med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses hälso- och sjukvård som finansieras av landsting, kommun eller stat.” Regeringen valde i stället att i en särskild paragraf ange vilka bestämmelser som enbart gäller för ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman”.[21]

Under åren 2006–2007 återfanns en bestämmelse i 3 § fjärde stycket dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som innebar att när en region överlämnade till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som gavs vid ett sjukhus, skulle avtalet bl.a. innehålla villkor om att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Enligt propositionen avsågs med vård som bedrivs med offentlig finansiering hälso- och sjukvård som regionen ersatte till följd av sitt ansvar. Här avsågs även sådan vård som finansieras av annan men som regionen var skyldig att erbjuda, t.ex. omedelbar vård till utländska medborgare. Som en konsekvens härav avsågs även vård som gavs enligt bilaterala överenskommelser. Bestämmel-

[19] Prop. 2017/18:40, s. 84 och prop. 1995/96:176, s. 54 f. Liknande uttalande finns i förarbetena till patientlagen (2014:821) där det skrivs om ”både offentliga vårdgivare inom eller utom det egna landstinget och privata vårdgivare som har offentlig ersättning” (prop. 2009/10:67, s. 49).
[20] Prop. 2017/18:131, s. 16.
[21] 1 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Se prop. 2013/14:106, s. 43.

sen hindrade inte att vårdavgifter togs ut enligt hälso- och sjukvårdslagen.[22]

Utredningen bedömer att det inte är nödvändigt med en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård. I författningstexten används begreppet offentliga medel och avser då framför allt skatter och statsbidrag.

13.3.4 Följsamhet till de nya bestämmelserna

För att reglerna ska få avsedd effekt och likformighet i tillämpningen är det viktigt att de efterlevs. Ett sätt att skapa följsamhet till regler är genom tillsyn. Det finns inte några bestämmelser om tillsyn i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utan tillsynen över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659). De föreslagna bestämmelserna är framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller i dag om hur vården ska finansieras och utredningen bedömer därför att vårdgivarna ändå kommer att följa de nya bestämmelserna. Förutom granskning via tillsyn finns det andra sätt att främja och granska efterlevnaden. Den enskilde kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision. Dessa möjligheter till granskning kommer att gälla vid en tillämpning av de nya bestämmelserna.

13.4 Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare

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.

[22] Prop. 2004/05:145, s. 60.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.4.1 Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning

Som beskrivs i kapitel 12 anser utredningen att regionerna bör ges bättre möjligheter men också skyldigheter att ta sitt ansvar som huvudmän genom att kunna ställa ytterligare krav på och följa upp de privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I kapitel 11 beskrivs ett antal faktorer som skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare. En ökad tydlighet från huvudmännens sida kring hur gällande regelverk ska uppfyllas bidrar till ökad kunskap och ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Regionen anger genom villkor i avtal hur den privata vårdgivaren ska bedriva den offentligfinansierade vården. Utredningen anser att regionen i egenskap av huvudman behöver ställa mer ändamålsenliga krav på de privata vårdgivare som den ingår avtal med. Denna skyldighet krävs för att säkerställa att vården ges i enlighet med målen för hälso- och sjukvården liksom andra regler som en vårdgivare ska följa. Ett exempel på en sådan bestämmelse är 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Av direktivet till utredningen framgår också att utredningen ska föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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.

Bestämmelser om krav och uppföljning vad gäller regionens avtal med privata vårdgivare återfinns i flera författningar. Av 12 kap. 4 § regeringsformen följer att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt privata vårdgivare. I 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) återfinns en motsvarande skrivning.

I HSL preciseras ytterligare förutsättningarna för regionerna att lämna över utförandet av hälso- och sjukvården till någon annan. HSL kan betraktas som en speciallag i relation till kommunallagen på så vis att den särskilt reglerar hur regionerna ska planera och organisera hälso- och sjukvården, oavsett vilken vårdgivare som ut-

för vården för regionernas räkning. HSL innehåller enbart en bestämmelse som rör regionernas avtal med någon annan om att bedriva hälso- och sjukvård för regionens räkning, nämligen 15 kap. 1 § HSL. I denna bestämmelse anges att det av avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska framgå ”de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”. Bestämmelsen är i huvudsak oförändrad sedan år 2007.[23] När regionerna sluter avtal med privata vårdgivare att utföra uppgifter enligt HSL sker det utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket.[24]

Frågan om regleringar och klarläggande av innehållet i avtalen mellan regioner och privata vårdgivare, har varit föremål för överväganden i samband med beredning av förslag om begränsningar och tydliggörande av regionernas förutsättningar att överlämna driften av hälso- och sjukvård.[25] Vikten av tydliggörande av vad som gäller när kommuner och regioner lämnar över driften av verksamhet har också lyfts i flera statliga utredningar under 2000-talet.[26] I *Utredningen om en kommunallag för framtiden* konstaterades att andelen kommunal verksamhet som utförs av privata utförare har vuxit allt mer under senare år. Kommunallagen behövde moderniseras för att bättre återspegla detta förhållande.[27] Utredningen behandlade på flera ställen de specifika frågor som gäller för hälso- och sjukvården, bl.a. gällande tillsyn, kontroll och huvudmannaskap. I den efterföljande propositionen angavs att den helt övervägande delen av regionernas köp från privata utförare utgjordes av hälso- och sjukvård. Kostnadsmässigt stod hälso- och sjukvården för över 90 procent av köpen.[28] Regeringen konstaterar vidare i propositionen att uppföljning och kontroll av privata utförare kräver ett strategiskt förhållningssätt och att regionerna aktivt ska se till att avtalen utformas på ett sådant sätt att uppföljning och kontroll är möjlig. De relativt nya bestämmelserna i kommunallagen betonar därför vikten av insyn i den verksamhet som regionerna ytterst har ansvaret för.

Denna utrednings förslag om nya verktyg och förutsättningar för regionernas uppföljning och kontroll bör utformas utifrån vad som

[23] Bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap” infördes emellertid genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2016/17:43).
[24] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
[25] Se beskrivningar av dessa förslag i kapitel 4.2.
[26] Se t.ex. SOU 2002:31 och SOU 2003:23.
[27] SOU 2013:53, s. 18.
[28] Prop. 2013:14:118, s. 30 och s. 48.

redan är reglerat i HSL rörande regionernas avtal. Förslaget behöver specificeras och anpassas utifrån de skärpningar som infördes i kommunallagen år 2015.[29] Utredningen kan också konstatera att de ändringar som har gjorts av lagstiftningen för att anpassa den till de nya förutsättningarna inom regionernas verksamhet när det gäller den ökade förekomsten av privata utförare, främst har skett i kommunallagen och inte i den mer specialiserade HSL.

Utredningens förslag om nya avtalsvillkor ska således anges i lag, nämligen HSL. Nuvarande bestämmelser i HSL avser alla avtal mellan en region och en privat vårdgivare. Utredningens förslag avser endast situationen när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. Därför behövs en ny bestämmelse som tar sikte på just detta. Utredningen lämnar nuvarande bestämmelse i HSL om att regionen i avtalet ska ange de ”särskilda villkor som gäller för överlämnandet” orörd.

13.4.2 Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare

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 hade bedrivits i egen regi. Det innebär att det för de offentligfinansierade patienterna inte ska vara någon skillnad om vården utförs av regionen i egen regi eller av en privat vårdgivare när det gäller aspekter som innefattas i en god och patientsäker vård, t.ex. vård efter behov, tillgänglighet och kvalitet.

Det behöver finnas en tillit från regionernas sida att de privata vårdgivarna gör sitt yttersta för att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. *Utredningen om en kommunallag för framtiden* lyfte några goda exempel på uppföljning av avtalen och om samverkan mellan regionen och vårdgivarna.[30] I en undersökning gjord av KPMG, som utredningen refererade till, konstaterades att kontrollsystemen generellt var bättre hos regionerna än hos kommunerna. Vårdgivarna lämnade t.ex. olika uppgifter till regionen, så som nyckeltal, beskrivning av verksamheten och listningar i nationella register. Regionerna genomförde patientundersökningar av tillgängligheten och regelbundna träffar anordnades

[29] Se bestämmelserna i 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725), och prop. 2013/14:118 s. 45 ff. och 71 ff., prop. 2016/17:171, s. 422, samt SOU 2013:53, s. 120.
[30] SOU 2013:53, s. 120.

med utförarna. Dock begärde inte alla regioner in verksamhetsrapporter och finansiell rapportering från de privata vårdgivarna.[31] Upphandlingen av S:t Görans sjukhus ansågs enligt utredningen utgöra ett gott exempel på bra uppföljningsverksamhet. Av det förfrågningsunderlaget framgick att beställaren avsåg att följa upp verksamheten på flera olika sätt, dels genom månatliga uppföljningar, dels genom oplanerade stickprovsundersökningar. En årlig uppföljning av hur vårdgivaren levde upp till lämnade kvalitetsredogörelser skulle också göras. Genomgående var uppföljningen kopplad till möjligheten att utkräva viten.[32]

Av denna utrednings undersökning, som beskrivs mer ingående i kapitel 6, framkommer att det i regel finns en god affärsrelation mellan regionerna och de privata vårdgivarna och att regionerna uttrycker ett stort förtroende för privata vårdgivare i stort.

Av utredningens undersökning framgår att några regioner i avtal reglerar vad som ska gälla när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur det då säkerställs att de olika uppdragen inte påverkar den offentligfinansierade vården. Alla regioner, i vilka det förekommer privatfinansierad vård, gör dock inte detta av olika skäl. Det finns också en osäkerhet om vilket ansvar regionerna har för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare och hur mycket kunskap regionen bör och får ha om påverkan från andra uppdragsgivare. Denna osäkerhet beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i rapporten från 2020.[33]

Det uttrycks också en osäkerhet om vad som gäller avseende olika tidsgränser och om det räcker att vårdgivaren följer de avtalade tidsgränserna för att uppfylla avtalet med regionerna.

En uppfattning är att regionen tar sitt ansvar genom att säkerställa att avtalet efterlevs och att regionen således får den vård som den har upphandlat. Det skulle således inte spela någon roll att det är olika väntetider för patienterna. Regionen skulle därför inte behöva ha någon kunskap om vårdgivarens övriga uppdrag och hur dessa eventuellt påverkar den offentligfinansierade vården. Det intressanta för regionen är att avtalet följs, t.ex. utifrån vad som är avtalat om väntetider.

[31] SOU 2013:53, s. 120.
[32] SOU 2013:53, s. 120.
[33] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.

Som framgår på flera ställen i detta betänkande är den författningsreglerade vårdgarantin, eller andra avtalade tidsgränser, underordnade behovs-solidaritetsprincipen. Regionen måste således i avtalet säkerställa att vårdgivaren följer den bestämmelsen. Det räcker inte att vårdgivaren följer avtalade tidsgränser. Vårdgivaren får således inte enligt HSL:s bestämmelser ge patienter med försäkring vård före offentligt finansierade patienter med större medicinskt behov. IVO konstaterar också detta i sin förstudie och uttalar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid men att varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.[34]

Utredningen menar att det är viktigt att det finns en bra relation och dialog mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Tydliga regler om vad som gäller underlättar detta. Det är därför enligt utredningen centralt att regionerna i sina avtal har villkor som reglerar situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare. Flera uppdragsgivare skulle kunna påverka det offentliga uppdraget negativt, t.ex. vad gäller frågor om vård efter behov, tillgänglighet, kvalitet, kapacitet och efterfrågan (se beskrivningar i kapitel 11). I sammanhanget vill utredningen framhålla att olika uppdragsgivare kan ha positiva effekter både för vårdgivaren och regionen samt för de tjänster som levereras. I kontakter med utredningen har man lyft att flera uppdragsgivare kan bidra till att lokaler, personal och utrustning kan användas mer effektivt. Vidare har man beskrivit att flera uppdragsgivare kan innebära en ökad trygghet för den privata vårdgivaren som innebär bättre förutsättningar till långsiktiga investeringar och långsiktig planering.

Utredningen anser också att regionen behöver ha tillräckliga verktyg och förutsättningar för att kunna följa upp avtalet. Det måste vara enkelt för regionen, även när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, att kunna följa upp hur de tjänster som beställts har utförts. Det är en förutsättning för en god affärsrelation att arbetet med uppföljning av avtalet sker under hela avtalstiden. En effektiv uppföljning kräver att resurser avsätts av regionerna. En välfungerande uppföljning kan bidra till en mer effektiv verksamhet vilket kan leda till besparingar för regionen.

[34] IVO förstudie (2020), s. 18.

13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården

I 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att det i avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de ”särskilda villkor” som gäller för överlämnandet. Det anges dock inte vilka villkor som ska anges utan det har överlämnats till regionen att bestämma utifrån de regler som gäller för upphandling och vad som ska upphandlas.

Utredningen anser att det i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska regleras frågor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare på den offentligfinansierade vården. Syftet med bestämmelsen är att hindra att vårdgivarens andra uppdrag negativt påverkar uppdraget från regionen. En ny bestämmelse ska tas in i HSL. Bedömningen av vilka krav som är lämpliga att ställa måste avgöras utifrån avtalssituationen eftersom de privata vårdgivarnas verksamhet och omfattningen av uppdraget kan skilja sig åt. I likhet med bestämmelsen som gäller för alla avtal rörande ”särskilda villkor”, dvs. 15 kap. 1 § HSL, föreslår utredningen således inte att det i lag ska anges i detalj vilka villkor som ska anges.

I det följande beskrivs de villkor som utredningen bedömer bör ingå i ett avtal mellan en region och en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare och då framför allt när denna bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Upphandlingsrättsligt skiljer man mellan olika typer av krav. S.k. ”särskilda kontraktsvillkor” ska leverantören uppfylla under kontraktstiden och behöver inte vara uppfyllda när anbudet på upphandlingen lämnas in. S.k. ”obligatoriska krav” måste däremot vara uppfyllda när anbudet lämnas in.[35] De av utredningen föreslagna villkoren bör betraktas som sådana särskilda kontraktsvillkor som behöver accepteras av leverantören och uppfyllas under kontraktstiden. Utredningen kommer dock att i stället för ”särskilda kontraktsvillkor” använda begreppet ”avtalsvillkor” eftersom det bättre överensstämmer med formuleringen i HSL.

Utredningen kommer i det följande beskriva vilka avtalsvillkor regionen ”bör” använda. Anledningen till valet av ordet ”bör” är att villkoren inte anges i lagtexten, varför ordet ”ska” inte kan användas.

[35] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Genomför upphandlingen/Särskilda kontraktsvillkor).

Det är dock viktigt att regionerna använder de avtalsvillkor som är nödvändiga för att säkerställa att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den verksamhet som regionen är huvudman för. Som anges i den föreslagna lagtexten är det en skyldighet för regionerna att reglera dessa frågor i avtalet.

Anpassning av villkoren utifrån vad som gäller i den aktuella avtalssituationen

Den upphandlande myndigheten, dvs. regionen, måste avgöra vilka krav och villkor som är lämpliga att ställa i den konkreta avtalssituationen. Huruvida det finns en risk för negativ påverkan från den privata vårdgivarens uppdrag på den offentligfinansierade vården kan variera beroende på en rad omständigheter och lokala förhållanden. Kraven bör därmed kunna se olika ut om det är driften av ett sjukhus som upphandlas jämfört med om det endast är ett mindre antal operationer inom den specialiserade öppenvården som upphandlas. Upphandling av driften av ett sjukhus avser i regel en omfattande verksamhet när det gäller antalet patienter och vårdens omfång. Hur ett sådant avtal utformas kan därför även ha påverkan på hur övrig vård i regionen ska planeras. Om det är ett begränsat antal operationer som upphandlas är uppdraget mer avgränsat och påverkan på den övriga vården i regionen är mindre. Avtalsuppföljningen bör i regel även vara enklare.

Det kan också finnas skillnader mellan olika typer av avtal, t.ex. LOU och LOV och om det är fråga om s.k. kökapningsavtal.[36]

Villkor som rör information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare

I avtalet bör det regleras att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Det bör i avtalet anges att vårdgivaren ska informera om det tillkommer nya uppdragsgivare under avtals-

[36] För vidare beskrivningar av dessa och andra skillnader, se t.ex. kapitel 6.5 om de olika avtalen och kapitel 6.6 om utredningens undersökning.

tiden, efter avtalets tecknande.[37] Informationen ska ha en rimlig detaljeringsgrad och inte innebära att vårdgivare behöver ange uppgifter som kan vara känsliga utifrån ett affärsmässigt perspektiv. T.ex. torde det inte finnas behov av att namnge de olika uppdragsgivarna. Däremot bör det anges huruvida det är frågan om en offentligfinansierad vårdgivare, t.ex. en annan region, eller om det är frågan om privatfinansierad vård. Med privatfinansierad vård avses t.ex. vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar eller som betalas kontant av patienten (vilket även inkluderar t.ex. medlemskap som finansieringsform).[38]

Syftet med dessa villkor är att ge grundläggande information till regionen. Kravet måste vara tillräckligt detaljerat utformat så att det kan följas upp.

Villkor som rör information om vårdgivarens organisation

Utredningen föreslår i kapitel 13.3 nya bestämmelser i HSL som förtydliga att det inte får förekomma finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering i den offentligfinansierade vården. Konkurrensverket har påpekat att verksamheter som finansieras med offentliga medel inte ska nyttjas till andra verksamheter än vad det är avtalat om och att särredovisningen kan behöva stärkas.[39] I avtalen bör det därför anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligt finansierade. Utredningen har också erfarit att detta redan regleras i vissa avtal. T.ex. regleras i vissa avtal, där regionen tillhandahåller lokal till den privata vårdgivaren, att regionens lokaler inte får användas för andra ändamål än vård för regionens räkning och att eventuell annan verksamhet, så som vård till försäkringspatienter, därför behöver bedrivas i en annan lokal. Av utredningens undersökning framkom också flertalet exempel på att verksamhet på regionens uppdrag bedrivs i samma lokaler, av samma personal etc. som verksamhet som bedrivs på t.ex. försäkringsbolags uppdrag. Oaktat hur den privata vårdgivaren har valt att organisera sin verk-

[37] Detta krav behöver formuleras utifrån vad som är tillåtet med hänsyn till de upphandlingsrättsliga bestämmelserna om ändringar av avtal, jfr 17 kap. 14 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.
[38] Ett medlemskap hos en vårdgivare kan bestå av en årlig medlemsavgift som garanterar vård inom viss tid hos vårdgivaren. Se kapitel 6.
[39] Se t.ex. Konkurrensverkets yttrande över SOU 2020:41, dnr 409/2020.

samhet är det av vikt att regionen har kännedom om hur vårdgivaren har organiserat sin verksamhet, för att kunna göra en ändamålsenlig uppföljning av avtalet.

Villkor som rör hur grundläggande bestämmelser efterlevs

Det finns ett antal regler som den privata vårdgivaren ska följa och som avser både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Det är varken lämpligt eller nödvändigt att i avtalet räkna upp alla regler som gäller.

Däremot anser utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur denne säkerställer att vissa grundläggande bestämmelser för vården efterlevs vad gäller de offentligfinansierade patienterna. Det bör i avtalet anges hur den privata vårdgivaren har organiserat verksamheten i syfte att följa bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det som bör regleras kan t.ex. vara hur vårdgivaren har organiserat frågor som rör prioritering och omprioritering av vårdgivarens alla patienter, dvs. både offentligfinansierade och privatfinansierade samt hur vårdgivaren tillämpar de olika väntetider som följer av avtalen. Genom att sådana bestämmelser tas in i avtalen betonas och uppmärksammas också att behovs-solidaritetsprincipen gäller hos de privata vårdgivarna.

Det bör i avtalet även i övrigt anges hur den privata vårdgivaren säkerställer att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsrisker kan uppstå både när tillgängligheten till vården på lika villkor brister och när väntetiderna i vården är för långa.[40]

Konkurrensverket har i remissvaret på Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, föreslagit att det i avtalen bör regleras hur turordning och prioritering av patienter ska ske, och om eventuell överkapacitet ska kunna säljas till andra aktörer.[41] Utredningen instämmer i detta.

Det är viktigt för regionen att följa hur den privata vårdgivaren följer den författningsreglerade vårdgarantin, eller de snävare tidsgränser som anges i avtalet, avseende den offentligfinansierade vår-

[40] IVO 2021-7, s. 4.
[41] Konkurrensverkets yttrande över Ds 2016:29, dnr 503/2016.

den. Följs inte dessa angivna tidsgränser bör regionerna undersöka om detta har koppling till vårdgivarens övriga uppdrag och avtal. Möjligheten att kontrollera detta bör regleras i avtalet. Det är dock viktigt att komma ihåg att vårdgarantin och tidsgränser i avtalen är underordnade bestämmelsen om att den som har störst behov av vård ska ges företräde till vården. En granskning, av regionen eller av IVO, av olika tidsgränser sker därför först sedan det konstaterats huruvida vårdgivaren har gjort en medicinsk prioritering.

Utredningen har övervägt om det i avtalet bör anges att vårdgivaren ska redovisa vårdkontakter och väntetider och då inte bara avseende regionens egna patienter utan även avseende patienter som hör till vårdgivarens övriga uppdragsgivare. Det skulle i sådana fall kunna regleras hur vårdgivaren ser till att de avtalade tidsramarna följs. Vårdgivaren skulle till regionen på ett övergripande plan och med viss regelbundenhet kunna redovisa antalet vårdkontakter och den genomsnittliga väntetiden för vårdgivarens patienter. Informationen skulle kunna redovisas dels för de patienter som omfattas av regionens avtal, dels för patienter som har andra uppdragsgivare. Sådan information skulle kunna förmedlas på gruppnivå, dvs. utan att regionen tar del av någon information som kopplas till en enskild patient.

Utredningen har även frågat sig om det i avtalet borde regleras att vårdgivaren ska informera regionen om hur länge de offentligfinansierade patienterna har väntat på vård hos vårdgivaren. Den typen av information skulle lämpligen kunna redovisas på en övergripande nivå med genomsnittstider. Vårdgivaren skulle alltså inte behöva lämna ut uppgifter om enskilda patienter, vilket är att föredra ur integritetshänseende.

Att mäta väntetider är dock förenat med vissa svårigheter. Det finns i dag brister i den rapportering som sker till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR.[42] Det är i dag heller inte möjligt att koppla informationen om väntetider till individdata, t.ex. personnummer och medicinskt behov. Utredningen anser därför inte att det i dagsläget är lämpligt att föreslå att väntetider hanteras på ett annat sätt än via den nationella väntetidsdatabasen som finns hos SKR. Det finns dock inte något som hindrar att regionen reglerar detta i avtalen under förutsättning att det går att finna ett lämpligt sätt. Utredningen vill dessutom återigen betona att den styrande principen är att vården ska ges efter behov. Det är först sedan den

[42] Se t.ex. beskrivning i kapitel 11.3.3.

medicinska bedömningen är gjord som vårdgivaren kan följa vårdgarantins och avtalens olika tidsgränser.

I dag finns det inte någon rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivarna att rapportera väntetider för den offentligfinansierade vården till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR. Eftersom även väntetider hos de privata vårdgivarna är viktig information bör det i avtalet anges att vårdgivaren ska rapportera väntetider för offentligfinansierade patienter till SKR:s väntetidsdatabas. Utredningen har erfarit att denna fråga redan regleras i vissa avtal mellan regionerna och de privata vårdgivarna, men inte i alla. Om rapportering ska ske till regionen, som sedan rapporterar till SKR, eller om den privata vårdgivaren själv ska rapportera in datan till SKR är enligt utredningen något som lämpligen bör bestämmas av parterna.

Övriga villkor som rör påverkan på vården

Det kan finnas andra villkor som rör frågan hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården, eller som allmänt syftar till att säkerställa kvaliteten på de tjänster som regionerna har upphandlat. I kapitel 11 beskrivs olika faktorer som kan påverka den offentligfinansierade vården och som kan behöva regleras i avtalet.

I propositionen till den nya kommunallagen framhåller regeringen att regionerna i avtalen ska redovisa uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata vårdgivarens organisation och eventuella underleverantörer.[43] Uttalandena i den propositionen avser alla avtal som en region har med privata vårdgivare och inte just de avtal som avser situationen att det finns flera uppdragsgivare.

Utredningen vill betona att det är viktigt att regionen enbart reglerar det som är nödvändigt och som kan följas upp utifrån vad som följer av det upphandlingsrättsliga regelverket.

[43] Prop. 2016/17:171, s. 422.

Avvikelser under avtalsperioden

Regionen behöver löpande hantera avvikelser eller brister som framkommer under avtalsperioden. I avtalet bör det därför regleras hur uteblivna eller felaktiga leveranser av vården ska hanteras. Det bör således regleras vad som händer om de olika avtalsvillkoren inte efterlevs, t.ex. om vårdgivaren inte säkerställer att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt utifrån vad som är reglerat i avtalet. Det bör också framgå av avtalet vad som händer om vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Det är viktigt att det i upphandlingsdokumenten är tydligt vad som då gäller och om agerandet t.ex. kan utgöra ett kontraktsbrott. I det ovan refererade avtalet med S:t Görans sjukhus och som ansetts som ett gott exempel, finns sådana regleringar i avtalet.

Upphandlingsmyndigheten beskriver en s.k. sanktionstrappa som ska följas om det finns brister i leveranser eller utförandet mot vad som har avtalats. Det första steget vid ett fel är att uppmärksamma leverantören om felet och begära att få det åtgärdat. Det andra steget är att överväga att göra ett prisavdrag för att täcka de kostnader som har uppstått på grund av felet. Vite är en vanligt förekommande sanktion vid försening av leveransen. Det tredje steget är att använda eventuella uppsägningsklausuler för att säga upp avtalet. Det fjärde och mest ingripande steget är att häva avtalet. Huvudregeln är dock att hävning endast får ske om avtalsbrottet är väsentligt. Vilka sanktioner som kan aktualiseras i olika typer av fall måste framgå av avtalet. Det går inte att som upphandlande myndighet koppla avvikelser eller underlåtenhet till sanktionsmöjligheter i efterhand.[44]

13.4.4 Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren

Uppföljning av avtalet är en förutsättning för kvalitetssäkring av den verksamhet som regionen har lämnat över till en privat vårdgivare att utföra. Avtalsuppföljning syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. Det är viktigt att system för kontroll och uppföljning utformas i syfte att vara ändamålsenligt, kostnads-

[44] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet/Genomför uppföljningen.

effektivt och enkelt för alla parter vid fullgörandet av deras förpliktelser.[45]

Regioner ska bedriva ett strategiskt och systematiskt arbete kring hur de följer upp och i praktiken kontrollerar de vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård på regionens uppdrag. Det är viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet. I detta ligger inte bara att formulera tydliga krav i upphandlingsdokumenten och i avtalen som går att följa upp, utan även att reglera hur den konkreta uppföljningen ska ske.

I kommunallagen (2017:725) anges att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten (se 10 kap. 8 §). Upphandlingsmyndigheten uttalar att det kan strida mot likabehandlingsprincipen och ett öppet och objektivt upphandlingsförfarande att inte säkerställa att leverantörens uppgifter kan kontrolleras.[46]

I avtalet mellan regionen och vårdgivare behöver det därför regleras hur de olika villkor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare, ska följas upp. Utredningen anser att kravet på uppföljning ska anges i lagtexten och föreslår en sådan ny bestämmelse. Liknande bestämmelse finns i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Utredningen anser även att det av pedagogiska skäl är lämpligt att kravet på uppföljning återfinns i samma paragraf som reglerna om särskilda avtalsvillkor i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

Hur de olika kraven som rör påverkan från flera uppdragsgivare ska följas upp beror på vilka krav som ställs i avtalet. Utredningen ser framför sig att det framför allt kommer att röra sig om korta beskrivningar, t.ex. beskrivning av uppdragsgivarna och hur verksamheten är organiserad. Vilken information som ska lämnas ska anges i avtalet.

Den information som regionen får i samband med uppföljningen bör regionen använda för att utvärdera verksamheten som bedrivs av den privata vårdgivaren. Det bör även utvärderas om avtalet har varit ändamålsenligt utformat. Denna information bör regionen använda för att avgöra hur vården ska bedrivas på bästa sätt. Informationen

[45] Prop. 2013/14:118, s. 48.
[46] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet /Genomför uppföljningen.

kan då ligga till grund för överväganden om regionen i framtiden ska bedriva verksamheten i egen regi, lämna över den till en privat vårdgivare igen eller förändra omfattning och innehåll i det som lämnas över till en privat vårdgivare. Informationen kan också leda till att regionen vidtar en s.k. medicinsk revision, dvs. granskar frågan medicinskt med fokus på kvaliteten[47] eller anmäler en händelse till IVO.

13.4.5 Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen

I utredningens kontakter med regionerna har det framkommit att det finns en osäkerhet om vilka krav regionerna får ställa utifrån upphandlingsregelverket.[48] Bl.a. finns en osäkerhet om regionerna verkligen får ställa krav som rör andra uppdragsgivare. Upphandlande myndighet har som huvudregel stor frihet att formulera kraven på det som ska upphandlas. Det finns dock vissa begränsningar som följer av de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna.

Upphandlande myndigheter ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt genomföra upphandlingar på ett öppet sätt. Upphandlingar ska vidare genomföras i enlighet med principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet, dvs. att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas.[49]

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning beträffande kravet på koppling till upphandlingsföremålet. Syftet med de nya avtalsvillkoren är att regionen ska kunna ta sitt ansvar som huvudman för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att den privata vårdgivarens övriga verksamhet inte påverkar de offentligfinansierade patienterna negativt. Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionen upphandlar. Det handlar om information som rör just påverkan på den offentligfinansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är

[47] Se t.ex. Svenska Läkaresällskapet (2020), s. 10.
[48] Denna osäkerhet beskrivs även i Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.
[49] Se mer i kapitel 3.7.2.

således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Det kan vara svårt för regionerna att säkerställa och kontrollera detta utan att reglera det i avtalet. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Förslagen om nya avtalsvillkor är således nödvändiga för att det eftersträvade syftet ska uppnås. Genom att i lag ange att regionerna ska ställa dessa typer av krav när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kommer regionerna ha stöd för att ställa dem, t.ex. i förhållande till vad som är reglerat om proportionalitetsprincipen.

De nya bestämmelserna om avtalsvillkor och uppföljning kommer att medföra nya uppgifter för både regionerna och vårdgivarna.[50] Vissa regioner ställer redan liknande villkor och för dem innebär förslaget inte någon ökad arbetsbörda. Utredningen har övervägt om de nya avtalsvillkoren skulle kunna medföra att det lämnas färre anbud och att det därmed blir en minskad konkurrens. Utredningen bedömer dock denna risk som liten. De nya avtalsvillkoren handlar om att säkerställa en god och patientsäker vård. Utredningen har svårt att se att vårdgivarna inte vill bidra till en sådan vård. Utredningen vill dock betona att det är viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktsperioden. Sammanfattningsvis anser utredningen att de nya avtalsvillkor som utredningen föreslår är rimliga och proportionerliga. Utredningen bedömer även i övrigt att förslaget överensstämmer med det upphandlingsrättsliga regelverket.

13.4.6 I nuläget behövs inte mer detaljerade regler

Utredningen har bedömt att det inte är lämpligt att i lag ange exakt vilka villkor som bör anges i avtalen, eftersom en bedömning av vilka krav som är lämpliga att ställa måste anpassas utifrån avtalssituationen. Det är regionen som har ansvar för hälso- och sjukvården i sin region och kan anpassa många aspekter av hälso- och sjukvården till regionala och lokala förhållandena, t.ex. utifrån geografi eller demografi. Det är samtidigt viktigt att lika fall behandlas lika även mellan

[50] Se kapitel 16 om konsekvensanalys.

regionerna utifrån de grundläggande principerna och bestämmelserna om en jämlik vård och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Förslaget om nya avtalsvillkor och uppföljning kan innebära nya arbetsuppgifter för de regioner som inte redan använder sig av sådana villkor. T.ex. kan nya rutiner och mallar behöva tas fram. I syfte att underlätta avtalsskrivandet och uppföljningen samt att skapa en enhetlighet både inom och mellan regionerna har utredningen övervägt om förslag om mer detaljerade regler bör tas fram. Regeringen uttalade i samband med att bestämmelsen om särskilda avtalsvillkor infördes i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen skulle behandla entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.[51] Några sådana allmänna råd finns dock inte. Utredningen känner inte heller till att det har förts någon diskussion om att sådana allmänna råd skulle tas fram eller huruvida man har bedömt att sådana allmänna råd är nödvändiga.

Redan i dag samarbetar regionerna och stöttar varandra vad gäller mallar och rutiner för avtalsskrivande och uppföljning. Utredningen bedömer det inte som nödvändigt att i dagsläget föreslå mer detaljerade regler om avtalsvillkoren. Däremot är det viktigt att följa hur regionerna använder sig av de nya villkoren, se förslaget om uppföljning i kapitel 14.1. Det finns flera myndigheter och aktörer som, om behov finns, skulle kunna anses vara lämpliga att ta fram mer detaljerade regler eller riktlinjer för avtalsskrivande och uppföljning. T.ex. kan såväl IVO som Socialstyrelsen bedömas som lämpliga. Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket skulle vidare kunna bedömas som lämpliga aktörer för att ta fram upphandlingsrättsliga riktlinjer. Även SKR skulle kunna bedömas som en lämplig aktör i detta. Det kan också bedömas lämpligt att regeringen preciserar lagbestämmelsen i en förordning. För det fall regler ska tas fram på förordnings- eller myndighetsföreskriftnivå behövs bemyndigande.

[51] Prop. 2004/05:89, s. 22.

13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna

För att regler ska få avsedd effekt och säkra en likformighet i tillämpningen är det viktigt med tillsyn. För följsamhet till själva avtalet och vilka sanktioner som kan bli aktuella om avtalet inte följs, gäller framför allt det upphandlingsrättsliga regelverket.

Avseende regionens skyldighet att ange villkoren i avtalet, noterar utredningen att det redan i dag finns en bestämmelse om avtalsvillkor i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I samband med införandet av den bestämmelsen fördes inte några särskilda resonemang om tillsyn över den bestämmelsen. Inte heller i propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, fördes några resonemang om tillsynen i anslutning till förslaget om nya avtalsvillkor.[52] I förarbetena till bestämmelsen som gällde åren 2006–2007, fördes dock resonemang kring tillsynen med anledning av Lagrådets yttrande och kritiken mot att det saknades direkta sanktioner kopplade till överträdelser av den föreslagna bestämmelsen. Regeringen uttalade att det kunde diskuteras om sanktioner borde införas som riktar sig mot regioner som inte följer de föreslagna bestämmelserna och hänvisade till tidigare regler om minskade statsbidrag. Regeringen fann dock i det lagstiftningsärendet inte tillräckliga skäl för att införa ett särskilt överprövningsförfarande. Regeringen bedömde att de möjligheter till överprövning som redan fanns, dvs. möjligheten till laglighetsprövning enligt kommunallagen och överprövning enligt det upphandlingsrättsliga regelverket, var tillräckliga för att säkerställa att den föreslagna regleringen efterlevdes och föreslog inte några särskilda sanktioner.

Utredningen kan konstatera att det inte finns några bestämmelser om tillsyn i HSL. Bestämmelser om IVO:s tillsyn återfinns i patientsäkerhetslagen (2010:659) och fokuserar främst på vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen. När regionen har lämnat över vården till en privat utförare är det denne som är vårdgivare och inte regionen. IVO har i två rapporter nyligen resonerat kring myndighetens tillsynsansvar över regionerna i egenskap av huvudmän. IVO uttalar följande i sin förstudie:

[52] Prop. 2016/17:166.

> I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.[53]

IVO har haft regeringens uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet i vården och att lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.[54] I rapporten skriver IVO följande om tillsynen över regionen i egenskap av huvudman:

> IVO ser flera fördelar med tillsyn på huvudmannanivå ur ett patientsäkerhetsperspektiv, till exempel när det gäller regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgaranti. Det kan även handla om att granska hur huvudmännen styr och följer upp privata utförare som verkar inom deras område.[55]

Vidare uttalar IVO följande:

> Ansvaret för en patientsäker tillgänglighet vilar på huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vi bedömer att tillsynen har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. IVO saknar i dag befogenheter att besluta om rättsligt bindande åtgärder mot huvudmän. Vi bedömer därmed att tillsynen inte har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot huvudmän, i de fall frivillig rättelse inte sker. Vi menar att intresset av en effektiv tillsyn på alla ansvarsnivåer talar för att IVO bör ha befogenhet att besluta om sanktioner i form av föreläggande, med eller utan vite, mot huvudmän. Rättssäkerhetsskäl talar också för att IVO:s tillsynsåtgärder mot huvudmän i vissa fall bör kunna prövas i domstol. Eftersom frågan rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det kommunala självstyret överlämnar vi till lagstiftaren att utreda den.[56]

Utredningen instämmer i IVO:s bedömning att det är viktigt att tillsynsmyndigheten kan vidta åtgärder mot regionerna i egenskap av huvudmän. Att tillsynsmyndigheten kan kontrollera alla ansvarsnivåer på hälso- och sjukvårdens område är viktigt för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar också flera förslag i syfte att stärka IVO:s tillsynsmöjligheter, se kapitel 13.6.

Utredningen bedömer att det finns ett intresse från regionernas sida att säkerställa att en vårdgivares övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården. Utredningen bedömer att

[53] IVO förstudie (2020), s. 21.
[54] IVO 2021-7.
[55] IVO 2021-7, s. 83.
[56] IVO 2021-7, s. 83.

regionerna vill ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den offentligfinansierade vården när den utförs av privata vårdgivare och således kommer att skriva in särskilda villkor som rör vårdgivarens övriga uppdrag i avtalen.

Som beskrivs i kapitel 13.3 finns det, vid sidan av en granskning via tillsynen, andra sätt att granska regionernas efterlevnad. Den enskilda kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision.

13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF,[57] anges att en läkare respektive en fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Flera regioner har i kontakten med utredningen uttryckt ett önskemål om tydligare bestämmelser för att underlätta den uppföljningen. I SOU 2020:19 föreslås att dessa lagar ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet. För det fall LOL och LOF inte upphävs rekommenderar därför utredningen att en översyn av dessa regler görs i relation till utredningens föreslagna tillägg i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen

Utredningens bedömning: Förslagen i SOU 2021:4 bör genomföras i syfte att möjliggöra för de privata vårdgivarna att, utan hinder av tystnadsplikt, lämna uppgifter till regionen i egenskap av huvudman.

[57] Dessa lagar brukar benämnas den s.k. nationella taxan., se kapitel 3.7.6.

Skälen för utredningens bedömning: I kapitel 6.5.4 beskrivs den tystnadspliktsgräns som finns mellan privata vårdgivare i förhållande till den region som är huvudman för vården. Tystnadsplikten innebär att den privata vårdgivaren inte får lämna uppgifter som omfattas av tystnadsplikten till regionen, t.ex. uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Utredningens förslag förutsätter inte att uppgifter som omfattas av tystnadsplikt måste överlämnas från den privata vårdgivaren till regionen. Informationen torde kunna vara på en mer övergripande nivå, t.ex. hur vårdgivaren har utformat verksamheten vad gäller prioriteringar och bedömning av det medicinska behovet hos patienterna. Flera aktörer har dock till utredningen lyft att det finns en osäkerhet i allmänhet, dvs. bortsett från frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, vilka uppgifter de privata vårdgivarna, på grund av tystnadsplikten, får lämna till regionerna i egenskap av huvudmän. Utredningen har därför utrett denna fråga närmare.

Flera andra utredningar och myndigheter har påtalat utmaningarna med tystnadsplikten och lämnat förslag till lagändringar. Exempelvis lämnade Välfärdsutredningen år 2017 ett förslag som innebar att tystnadsplikten bröts på området.[58] Många av remissinstanserna var positiva till Välfärdsutredningens förslag om uppgiftsskyldighet men förslaget har inte genomförts.[59] Upphandlingsmyndigheten har i skrivelser till regeringen påtalat problem som rör hur personuppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av avtal.[60]

I betänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnas ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Det är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. I betänkandet föreslås en ny lag med namnet ”lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning”.

Det som är intressant för denna utredning är framför allt de ökade möjligheterna att dela uppgifter som hänger samman med kvalitetsuppföljning, som den föreslagna nya lagen ger. Förslaget innebär att det införs en sekretessbrytande bestämmelse som gäller

[58] SOU 2017:37, s. 144.
[59] Datainspektionen avstyrkte dock förslaget, se yttrande 2017-09-07 1243-2017.
[60] Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet, UHM-2019-0284.

för kvalitetsuppföljning i den offentligt finansierade verksamheten. Eftersom vårdpersonal vid privata vårdgivare inte omfattas av sekretessreglerna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), utan av regler om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), resonerar utredningen kring om det behövs någon bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter tystnadsplikten på området. I betänkandet gör Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg bedömningen att

> sådan reglering inte krävs, utan att privata vård- och omsorgsgivare, trots reglerna om tystnadsplikt, kan lämna ut uppgifter för kvalitetsuppföljning med stöd av förarbetsuttalandena om att utlämnande från en privat vård- eller omsorgsgivare inte är att anse som ett obehörigt utlämnande om det sker i överensstämmelse med motsvarande regler i offentlighets- och sekretesslagen för offentliga vård- och omsorgsgivare.[61]

För denna utrednings räkning är det viktigt att undersöka vad som avses med begreppet kvalitetsuppföljning i förslaget och om det omfattas av vad denna utredning tar upp kring regioners uppföljning av privata vårdgivare och regionernas information från de privata vårdgivarna.

I SOU 2021:4 anges att kvalitetsuppföljning avser ”olika åtgärder som i vid mening syftar till och är ägnade att utveckla kvaliteten inom vård- och omsorg”.[62] Ett exempel som nämns är att en beställare av en hälso- och sjukvårdstjänst, dvs. huvudmannen, följer upp att den privata vårdgivaren ger patienterna den insats som har beställts. Beställaren kan då analysera insatsens kvalitet utifrån olika aspekter. Vidare kan beställaren följa upp medicinsk och annan kvalitet samt insatsernas kostnadseffektivitet och produktivitet. I SOU 2021:4 tas det upp att kvalitetsuppföljning inte ska användas för att följa upp hur vården fallit ut på individnivå, utan kvalitetsuppföljning är något som ska ske på verksamhetsnivå och ta sikte på större skeenden och processer. I den föreslagna lagen finns flera kriterier och preciseringar kring när bestämmelserna om kvalitetsuppföljning kan användas.

Även om Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg anser att begreppet kvalitetsuppföljning ska ges en vid

[61] SOU 2021:4, s. 640.
[62] SOU 2021:4, s. 504.

tolkning faller saker som tillsyn, administration och planering av verksamhet utanför begreppet.[63]

Betänkandet har remitterats och är föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Denna utredning delar de bedömningar som har gjorts i tidigare betänkanden, skrivelser m.m. om att det är viktigt att regionen i egenskap av huvudman kan få tillräcklig kunskap från de privata vårdgivarna och att tystnadsplikten i patientsäkerhetslagen i dag kan hindra en sådan informationsöverföring. Denna utredning bedömer att de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg lämnar, kommer att underlätta informationsöverföringen från privata vårdgivare till regionerna. Denna utredning bedömer därför att förslaget bör genomföras då det kommer att underlätta regionernas uppföljning av privata vårdgivare när en region avtalat med en privat vårdgivare att utföra uppgifter åt regionen. Utredningen noterar att det föreslås att systemet ska vara frivilligt för vård- och omsorgsgivare att använda.

13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister ska även avse uppgifter om hur vården är finansierad och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur den vården i sådana fall är finansierad. Vårdgivarregistret ska få innehålla denna information.

IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte.

IVO ska få meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Beslut om sådana förelägganden ska få överklagas. Nuvarande straffbestämmelse om möjlighet att utdöma böter i dessa situationer ska avskaffas.

Utredningens bedömning: IVO bör fortsätta att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård samt bidra till ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

[63] SOU 2021:4, s. 742.

IVO:s möjlighet att få tillgång till uppgifter hos myndigheter och aktörer för att användas i tillsynen över hälso- och sjukvården bör utredas särskilt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.6.1 Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivs i kapitel 12.5 anser utredningen att staten bör ta sitt ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar genom att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för regionerna, vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Som beskrivs i kapitel 8 har tillsynsmyndigheten IVO inte utövat tillsyn med fokus på hälso- och sjukvård som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har inte heller utövat tillsyn över privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård i syfte att kontrollera om den privatfinansierade vården påverkar den offentligfinansierade vården i negativt hänseende i form av patientsäkerhetsrisker. Vidare saknas i princip praxis från tillsynsmyndigheten om hur bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och då särskilt reglerna om behovs-solidaritetsprincipen och etiska plattformen ska tolkas och tillämpas.[64] Det saknas även andra typer av stödjande dokument från IVO i frågan.

De allmänna råd, som regeringen föreslog skulle tas fram till ledning för sjukvårdshuvudmännen rörande entreprenadavtalens innehåll, har inte utarbetats.[65] Utredningen känner inte heller till att IVO har arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård. IVO beskriver dock i en förstudie myndighetens tolkning av behovs-solidaritetsprincipen i relation till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och resonerar kring hur en framtida tillsyn av frågan skulle kunna bedrivas.[66]

[64] IVO har nyligen fattat ett tillsynsbeslut, se kapitel 8.3.
[65] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[66] IVO förstudie (2020).

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten kan utläsa att olika väntetider/tidsgränser är i strid med behovs-solidaritetsprincipen. Författnings- eller avtalsreglerade väntetider är underordnade principen om vård efter behov. 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/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte ger vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då behöva granska om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att dessa patienter har en privat sjukvårdsförsäkring och om det leder till att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. I IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs att långa väntetider ökar risken för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan därför enligt IVO ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.[67]

13.6.2 IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen

En anledning till att det saknas praxis rörande privata sjukvårdsförsäkringar kan vara att IVO inte har sett behov av att inleda tillsyn. Av förstudien framgår inte heller att IVO har behov av t.ex. några författningsändringar för att kunna utföra tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte bestämt om en tillsyn som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar ska inledas. Det är därför ovisst huruvida en sådan tillsyn verkligen kommer att kunna genomföras och vilka eventuella svårigheter som kan finnas.

[67] IVO förstudie (2020), s. 3.

IVO har de senaste åren inlett ett intensivt arbete med att utveckla myndighetens tillsyn. IVO har även till regeringen påtalat att det krävs ytterligare resurser av långsiktig karaktär.[68] Mot bakgrund av IVO:s ambition att förändra tillsynsverksamheten, de omfattande förslag som IVO har lämnat avseende förändringar för att underlätta bl.a. datadriven tillsyn samt mot bakgrund av avsaknad av praxis framstår det för utredningen som troligt att det finns ett förändringsbehov även avseende förutsättningarna för IVO:s tillsyn över de grundläggande bestämmelserna och principerna i hälso- och sjukvården. Det ska även nämnas att IVO till utredningen framfört önskemål om förslag som kan stärka tillsynen över hälso- och sjukvården.

I det följande beskrivs översiktligt IVO:s pågående utvecklingsarbete av relevans för tillsynen över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

För att få ytterligare kontroll och bättre överblick över brister och risker i vården och omsorgen har IVO inlett ett brett utvecklingsarbete för att i tillsynen och tillståndsprövningen använda den kunskap som samlas in i digitala system. Ytterst syftar utvecklingsarbetet till att IVO ska bli ännu mer effektivt och träffsäkert i arbetet att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet för alla som är i behov av den.[69]

Bakgrunden till IVO:s utvecklingsarbete är ett antal uppdrag från regeringen men också den kritik som Riksrevisionen uttalade i en granskning av IVO år 2019 där ett flertal brister i IVO:s tillsyn påtalades. Riksrevisionen konstaterade att ”IVO inte genomfört någon större mängd samlad tillsyn för att belysa frågor som är viktiga för grupper av människor eller risker som finns på systemnivå inom vården och omsorgen”.[70] Riksrevisionen rekommenderade IVO att utveckla styrningen och ledningen för att tillsynsverksamheten ska få nödvändiga förutsättningar att utföra uppdraget och tar särskilt upp att det finns behov att förbättra myndighetens it-stöd.

Statskontoret beskriver senare i rapporten *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, att IVO har utvecklat sin verksamhet som ett svar på den kritik som har funnits och att IVO i dag strävar efter att göra tillsynen mer verksamhetsanpassad, dialogbaserad och brukarnära, för att på så sätt bidra till

[68] IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.
[69] IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.
[70] RiR 2019:33, s. 55.

verksamhetens utveckling. Statskontoret skriver vidare att en tillsyn som inriktas på mer kvalitativa aspekter kan bli mer träffsäker och minska den administrativa bördan för de tillsynade och att myndigheter genom att prioritera dialog och muntlig kommunikation på bekostnad av skriftlig dokumentation kan rikta tillsynen mot de värden som är viktiga för de tillsynade. IVO anges som ett exempel på en tillsynsmyndighet som har gått i den riktningen.[71]

IVO har i flera rapporter beskrivit sitt utvecklingsarbete och uppger att det är nödvändigt att myndigheten arbetar mer datadrivet.[72] I rapporterna slår IVO fast att myndigheten behöver ändra interna arbetssätt och utredningsmetoder så att myndigheten arbetar mindre manuellt och mer databaserat. Med ett mer datadrivet arbetssätt kommer IVO då kunna rikta sina resurser mot verksamheter med flest risksignaler både på system- och enhetsnivå. Därtill kan databaserade analyser stärka IVO:s tillsynsarbete, t.ex. i form av förmåga att förutse risk och identifiera avvikelser. Exempel på detta kan vara att genom analys av externa produktionsdata identifiera patientflöden som kan utgöra patientrisk, eller att via kommunala omsorgsdata identifiera och flagga för avvikelser som kräver vidare tillsyn från IVO:s sida.

I två rapporter, som fokuserar på bl.a. assistansanordnare, lämnar myndigheten ett flertal förslag på författningsändringar i form av nya sekretessbrytande bestämmelser mellan myndigheter, nya uppgiftsskyldigheter, anmälningsskyldigheter och utökade möjligheter att meddela sanktionsavgift m.m. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

I rapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, skriver IVO att det är relevant att utreda om myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikronivå.[73]

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anger regeringen att IVO ska effektivisera tillsyns- och tillståndsverksamheten och anger närmare att IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur som främjar en strategisk och effektiv tillsyns- och tillståndsverksamhet. Vidare ska

[71] Statskontoret (2020).
[72] Se rapporterna IVO 2021-2, IVO 2020-11, IVO 2020-12 och IVO 2021-4.
[73] Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott, s. 29.

IVO utveckla automatiserad inhämtning av information samt datadrivna analysmodeller som kan användas för att effektivisera tillsynen och tillståndsprövningen. Av IVO:s återrapportering ska framgå hur myndigheten har utvecklat informationsinhämtningen och i vilken utsträckning datadrivna analysmodeller används inom tillsynen och tillståndsprövningen. IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur och ska utveckla automatiserad inhämtning av information.

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anges även ett nytt uppdrag som avser IVO:s förebyggande strategiska tillsyn av hälso- och sjukvården. IVO ska inkomma med underlag som innehåller förslag vad gäller utveckling av myndighetens förebyggande tillsyn avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården. IVO ska särskilt beakta behovet av samarbete och gemensamma tillsynsinsatser med andra berörda aktörer, bl.a. Arbetsmiljöverket, i syfte att genomföra utredningar som kan peka på sådana risker för patienter som kan hänföras till brister på systemnivå. Myndigheten ska beskriva konsekvenserna av eventuella förslag. En delredovisning ska ske senast den 1 december 2021 och uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2022.

I juni 2021 lämnade IVO rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*. IVO skriver att myndigheten behöver utveckla tillsynen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården på lika villkor och av risker med väntetider. En del i en utvecklad tillsyn handlar om att IVO behöver data om väntetider i hela vårdkedjan. Data i befintliga register svarar inte fullt ut mot tillsynens behov. IVO utvecklar därför metoder för att granska stora mängder patientjournaler och att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.[74]

[74] IVO 2021-7, s. 4 f.

13.6.3 Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården

En väl fungerande tillsyn av hälso- och sjukvården är en grundläggande fråga för allmänhetens förtroende för sjukvården. IVO har som tillsynsmyndighet en central roll att uppmärksamma brister i patientsäkerheten och att agera utifrån dessa risker. Det är IVO och domstolar, som kan konstatera om reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen efterlevs och som således kan ge aktörer ledning hur den etiska plattformen med behovs-solidaritetsprincipen ska tolkas.

För att IVO ska kunna ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården, bedömer utredningen att IVO behöver utveckla arbetssätten men också ges nya rättsliga förutsättningar.

Utredningens förslag syftar till att ge både regionerna, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, och IVO, i egenskap av tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården, bättre förutsättningar att ta sitt ansvar. Utredningen menar att förslagen som riktar sig till regionerna respektive IVO bör utformas så lika som möjligt eftersom syftet med förslagen är detsamma. Regionerna ges bättre förutsättningar att ta ansvar för kontroll och uppföljning av den offentligfinansierade vården medan IVO ges bättre förutsättningar att ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över all hälso- och sjukvård. Det handlar således inte om något nytt ansvar utan om att ge aktörerna bättre förutsättningar att kunna ta ansvaret.

I det följande beskrivs de förslag som utredningen lämnar. Dessa förslag riktar sig mot all hälso- och sjukvård och alla vårdgivare. Det innebär att både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården omfattas av förslagen som rör IVO:s tillsyn. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.6.4 Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret

Det saknas i dag tillräckligt med uppgifter om finansiering och andra relevanta data för att IVO ska kunna granska privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att det av gällande lagstiftning framgår att den verksamhet som står under IVO:s tillsyn är skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. Detta förutsätter dock att det finns tillräckliga data för IVO att begära in samt att IVO vet om att uppgifterna behöver inhämtas från just de aktörerna. Uppgifter som kan vara nödvändiga för IVO:s tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan vara individdata, bl.a. om det medicinska behovet och om väntetider men också uppgifter från årsredovisningar och vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för den vård de köper.[75]

IVO får i dag uppgifter om vårdgivare via ett anmälningsförfarande som registreras i det s.k. vårdgivarregistret. Till skillnad från på andra områden krävs inte ett tillstånd från IVO för att bedriva hälso- och sjukvård utan lagstiftaren ansåg att ett anmälningsförfarande för hälso- och sjukvårdsverksamhet är ett bättre alternativ än en tillståndsprövning. Bestämmelserna om anmälningsskyldighet har varit i princip oförändrade sedan motsvarande bestämmelser infördes i 6 och 8 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.[76]

I förarbetena till bestämmelserna om anmälningsskyldighet anges att syftet med anmälan till vårdgivarregistret är att ge grundläggande information till Socialstyrelsen (som då var tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården innan ansvaret flyttades till IVO år 2013). Det blir sedan en fråga för tillsynen att följa upp och kontrollera hur verksamheten sköts.[77] I förarbetena anges att anmälan ska innehålla grundläggande uppgifter för att Socialstyrelsen ska kunna få en uppfattning om vilken typ av verksamhet det är fråga om. Det konstateras även att ett sådant begränsat uppgiftslämnande ger ett underlag för att kunna bedöma verksamhetens risknivå och bedöma

[75] Se IVO förstudie (2020), s 19 f.
[76] Prop. 1995/96:176, s. 69 ff., 76 f. och 95 och prop. 2005/06:63, s. 28 f. och 37.
[77] Prop. 1995/96:176, s. 48.

det framtida behovet av tillsyn.[78] I förarbetena nämns vissa verksamheter som kan vara av särskilt intresse med hänsyn till patientsäkerheten. I förarbetena uttalas att eftersom anmälan endast innehåller basuppgifter om verksamheten ska kravet på anmälan i första hand ses som ett signalsystem. Regeringen uttalade att den anser att det för Socialstyrelsens del innebär väsentliga fördelar att få förhandsinformation i stället för att ställas inför fullbordat faktum. Det kan också vara bra för vårdgivaren att i planeringsfasen tvingas precisera sådana grundläggande frågor som ska redovisas i anmälan och att tidigt få en kontakt med tillsynsmyndigheten.[79]

I LYHS fanns en bestämmelse om att anmälan skulle innehålla information om vissa uppdragstagare eller entreprenadavtal. I förarbetena till denna bestämmelse anges följande.

> Det förhållandet att huvudmannen för en anmälningspliktig verksamhet avser att anlita extern utförare av medicinska laboratoriearbeten, i stället för att bedriva denna del av verksamheten i egen regi, är en betydelsefull upplysning för tillsynsmyndigheten och bör följaktligen vara en obligatorisk uppgift i anmälan. Om ett entreprenadavtal ingås eller sägs upp i en pågående verksamhet är detta normalt att betrakta som en så stor förändring att den ska anmälas särskilt. Anmälan innebär, som tidigare påpekats, inte några inskränkningar i huvudmannens eget ansvar för avtalets konstruktion och den nödvändiga kvalitetskontrollen.[80]

Denna bestämmelse fördes dock inte över till patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Genom den anmälningsskyldighet och det vårdgivarregister som IVO ansvarar för, får IVO således kännedom om de verksamheter som myndigheten har tillsynsansvar över. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, ska anmäla till IVO att den avser bedriva verksamhet som omfattas av myndighetens tillsyn. Även förändringar i verksamheten ska anmälas. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt

[78] Prop. 1995/96:176, s. 71.
[79] Prop. 1995/96:176, s. 75.
[80] Prop. 1995/96:176, s. 73.

patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.[81]

Av patientsäkerhetslagen framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över anmälda verksamheter enligt patientsäkerhetslagen. Det sker i vårdgivarregistret. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. I förordningen anges att registret bl.a. får innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning och omfattning. Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter.

Som beskrivs i kapitel 7 har det framförts kritik mot vårdgivarregistret då inrapporteringen delvis är bristfällig och då sanktioner i form av böter inte har bedömts vara ändamålsenliga. Utredningen har övervägt olika alternativ för att stärka IVO:s tillsyn över frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Utredningen har övervägt om det bör inrättas ett särskilt register som avser just uppgifter om finansiering och/eller privata sjukvårdsförsäkringar och där det även finns uppgifter om patientens medicinska behov och väntetider. Utredningen anser dock att det är rimligt att befintliga register hos IVO används men byggs ut och utvecklas. IVO har uppgett att det pågår ett internt utvecklingsarbete med myndighetens register och där vårdgivarregistret är prioriterat. Bl.a. byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen.

Utredningen föreslår att vårdgivarregistret utvidgas så att det innehåller uppgifter som kan underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

All verksamhet oavsett finansieringsform ska redan i dag anmälas till IVO. Av anmälningsblanketten framgår att det i anmälan ska anges om vårdgivaren är offentlig eller privat. Finansieringsform ska dock inte anmälas. Inte heller ska det anmälas om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, t.ex. både regioner och försäkringsbolag, och hur den vården i sådana fall är finansierad. Sådan information måste IVO således begära in med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen.

Utredningen anser att IVO automatiskt bör få tillgång till uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade.

[81] 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Uppgifterna bör finnas i vårdgivarregistret. Sådana bestämmelser kan meddelas inom ramen för regeringens restkompetens enligt 8 kap. 13 § första stycket 2 regeringsformen.[82] Utredningen föreslår därför att dessa förändringar sker i patientsäkerhetsförordningen och tillhörande föreskrifter. Syftet med att anmäla flera uppdragsgivare är att IVO får kunskap om vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. För uppgifter hos IVO gäller bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Motsvarande bestämmelser föreslås för regionerna där utredningen föreslår att det i avtalen ska anges huruvida den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de verksamheterna är finansierade.

Utredningen anser att kunskap om finansieringsform är intressant även i de fall vårdgivaren bara har en uppdragsgivare. Exempelvis torde det vara viktigt att veta om det är fråga om en privat vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård eller om det är en privat vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård. Det torde även vara intressant att känna till de fall där regionen bedriver vård som inte finansieras med offentliga medel, t.ex. vid tjänsteexport.

Hur anmälningsskyldigheten bör utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och föreskriften. Förfarandet bör utformas på ett så enkelt och smidigt sätt som möjligt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen eller det exakta antalet direktbetalande patienter.

Det är viktigt att IVO har tillgång till aktuella uppgifter. Av nuvarande bestämmelser följer att anmälan till IVO ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas. Det kan vara så att vårdgivare får nya uppdragsgivare efter att verksamheten har påbörjats eller att det sker andra förändringar efter anmälan. Sker det förändringar vad gäller uppdragsgivarna bör detta, enligt utredningens uppfattning, vara en sådan förändring som ska anmälas till IVO. Det behövs även särskilda övergångsbestämmelser, se kapitel 15.

[82] Prop. 2009/10:210, s. 192. Se även upplysningsbestämmelsen i 2 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

Att vårdgivarregistret kommer innehålla uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kan vara av betydelse för externa aktörer som efterfrågar uppgifter från IVO:s vårdgivarregister. Som beskrivs i kapitel 6.6.1 inhämtar t.ex. vissa regioner uppgifter från vårdgivarregistret i samband med upphandlingar.

Som beskrivs i kapitel 5.5 finns det legitimerad vårdpersonal på försäkringsbolagen som utför medicinska bedömningar. Såvitt utredningen kan bedöma står sådan verksamhet under IVO:s tillsyn och bör därför anmälas till IVO.

13.6.5 IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad

Utredningen delar regeringens bedömning i IVO:s regleringsbrev för 2021 att IVO bör utveckla det förebyggande arbetet avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården.[83] IVO bör arbeta mer strategiskt och genom tillsyn bidra till kunskapsuppbyggnad.[84]

I förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, anges att verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet samt att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser. I patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att IVO inom ramen för sin tillsyn bl.a. ska lämna råd och ge vägledning, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten. Att IVO ska arbeta förebyggande framgår således i vart fall indirekt av författningar och påtalas också i förarbetena till patientsäkerhetslagen.[85]

Utredningen konstaterar således att IVO inte bara ska agera vid konstaterade vårdskador utan även arbeta förebyggande. Förslaget om att utöka anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret ska ses som en del i IVO:s utveckling av myndighetens förebyggande arbete. I och med att vårdgivarregistret, enligt förslaget, kommer att

[83] Se SOU 2020:15, s. 14, där det föreslås att regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande.
[84] Tillitsdelegationen föreslog en inriktning för ökat lärande i tillsynen, se SOU 2018:48, s. 83 ff.
[85] Se även diskussion om den förebyggande tillsynen och exempel på sådan i form av diskussion kring förbättringsåtgärder, rådgivning och vägledning i prop. 2008/09:160, s. 72 f. och prop. 2012/13:20, s. 91 f.

innehålla uppgifter om vilka vårdgivare som har flera uppdragsgivare behöver IVO inte lägga tid och resurser på att identifiera dem. Förslaget syftar till att ge indikationer på vilka tillsynsinsatser som bör vidtas och mot vilken verksamhet.

Ytterligare förebyggande arbete som kan vara aktuellt för IVO och som har koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och privata vårdgivare, kan vara att informera om aktuella regelverk eller ta fram informationsmaterial riktade till t.ex. hälso- och sjukvårdspersonal eller vårdgivarna. För att bidra till kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården skulle IVO kunna göra orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” sökbara i myndighetens databaser. I nästföljande avsnitt föreslås ett samarbete mellan IVO och regionerna i frågor som rör privata vårdgivare och försäkringar. Även ett sådant samarbete utgör en del av IVO:s förebyggande arbete.

IVO arbetar för närvarande med att bygga e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen. Att IVO arbetar mindre manuellt och mer databaserat är nödvändigt för att IVO ska kunna öka sin förmåga att förutse risker, identifiera avvikelser och vidta åtgärder, dvs. arbeta förebyggande.

IVO har i flera regeringsuppdrag påtalat behovet av såväl författningsändringar som utökade resurser för att kunna arbeta ännu mer förebyggande. Utredningen anser att det är viktigt att IVO ges möjlighet att stärka tillsynen i form av förebyggande arbete. För att möjliggöra det kan även IVO behöva uppgifter från andra myndigheter, vilket beskrivs i 13.6.8.

För att betona vikten av det förebyggande arbetet anser utredningen att IVO:s instruktion bör kompletteras med en sådan skrivning.

13.6.6 Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar

Utredningens förslag i detta betänkande syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård i samband med vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen föreslår därför nya verktyg för regionerna och IVO för uppföljningen respektive tillsynen. IVO:s ansvar som statlig tillsynsmyndighet och regionernas ansvar

som huvudmän överlappar delvis varandra på hälso- och sjukvårdens område.[86] Det kan finnas både för- och nackdelar med en sådan överlappning. Det kan t.ex. finns en risk för olika bedömningar från huvudmannen och tillsynsmyndigheten. En annan risk med överlappningen är att de privata vårdgivarna kan få en mer omfattande administrativ börda när både IVO och regionerna granskar och begär information om samma förhållanden. Det finns enligt utredningens mening samtidigt fördelar med det delade ansvaret. IVO har t.ex. inte möjlighet att granska varje enskilt objekt varje år till skillnad från regionerna som har en nära avtalsrelation med vårdgivaren och löpande ska följa upp varje avtal.

Enligt utredningens mening är det viktigt med en dialog mellan IVO och regionerna för att underlätta och effektivisera arbetet med tillsyn och uppföljning. Regionerna bör t.ex. ta del av IVO:s tillsynsbeslut som berör verksamhet som upphandlas för att de ska kunna utöva sitt huvudmannaskap på ett bättre sätt och regionerna bör underrätta IVO om missförhållanden som de uppmärksammar.

Som beskrivs ovan torde vissa försäkringsbolag redan stå under IVO:s tillsyn. Försäkringsbolagen står även under Finansinspektionens tillsyn. Det kan därför vara nödvändigt även med ett samarbete mellan IVO och Finansinspektionen.

13.6.7 Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret

För att vårdgivarregistret ska kunna uppfylla sitt syfte behöver det vara komplett. I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande *Krav på privata aktörer i välfärden* anges att det inte är möjligt att uppge det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret. Ägarprövningsutredningen bedömde att vårdgivarregistret täckte ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.[87] I dagsläget bedömer IVO att registret inte är heltäckande men att det inte går att svara på till vilken procent av alla verksamheter i landet som täcks av registret.

Utredningen anser att det behövs verkningsfulla sanktioner för att säkerställa att anmälan sker på sätt som är föreskrivet. I patient-

[86] Se resonemang om detta i SOU 2013:53, s. 164.
[87] SOU 2015:7, s. 127.

säkerhetslagen anges att den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsynen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.

Utredningen ifrågasätter att nuvarande sanktion i form av straff är lämplig. Enligt uppgift från IVO har myndigheten inte polisanmält någon vårdgivare för att denne inte har anmält till vårdgivarregistret. Det kan ifrågasättas vilken preventiv effekt det har att bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret är straffbelagda.

Det finns allmänt en kriminalpolitisk strävan att undvika att kriminalisera beteenden om det inte är absolut nödvändigt. Ett kriterium som brukar anges som krav för att det ska vara befogat att kriminalisera ett visst beteende är att det saknas alternativa sanktioner, eller att de inte är rationella eller skulle kräva oproportionerligt höga kostnader.[88]

Utredningen anser därför att man bör göra en förnyad prövning av vilken sanktion som ska användas för att komma till rätta med brister i anmälan till vårdgivarregistret.

Nuvarande sanktion bygger på att beteendet är kriminaliserat, till skillnad från vad som gäller enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.[89] Något tydligt skäl till varför regeringen föreslog att kriminalisera utebliven anmälan finns inte i förarbetena.[90]

Straff är den mest ingripande metoden som staten kan använda för att styra beteenden. I stället för straff finns administrativa sanktioner som kan användas för att styra beteenden. Det kan vara förelägganden eller förbud som får förenas med vite och sanktionsavgifter som beslutas av myndighet eller förvaltningsrätt.

Vite är ett hot om att ett betalningsansvar kan uppstå om föreläggandet inte följs, vilket alltså innebär att vitet är avsett att styra någons beteende i ett enskilt fall för framtiden. Storleken på vitet ska anpassas till vad som bedöms nödvändigt.[91] Lagen (1985:206) om viten är tillämplig på de viten som en myndighet kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

---

[88] Se t.ex. SOU 2013:38, s. 18 f.
[89] 13 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453) och 26 f § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[90] Prop. 1995/96:176, s. 100.
[91] SOU 2012:75, s. 655.

Sanktionsavgift är en form av ekonomisk påföljd för överträdelser av särskilda författningsbestämmelser och som erläggs till det allmänna. Genom sin preventiva effekt kan de motverka överträdelser. En sanktionsavgift kan användas oavsett om det i det särskilda fallet har uppstått någon ekonomisk fördel eller inte.[92]

Sanktionsavgift betraktas som en mer ingripande sanktion än vite och förelägganden. En förutsättning för att kunna införa bestämmelser om sanktionsavgift är att det är tydligt och förutsebart i vilka situationer en sanktionsavgift kan tas ut.

Frågan om sanktioner kopplade till vårdgivarregistret har utretts tidigare. Välfärdsutredningen föreslog att IVO, i stället för böter, skulle ges möjlighet att meddela föreläggande som skulle få förenas med vite.[93] Det förslaget mottogs positivt av remissinstanserna.[94]

IVO föreslår i en rapport att det bör införas sanktionsavgift i de fall anmälan inte sker till ett annat av IVO:s register, nämligen omsorgsregistret.[95] IVO utvecklar i rapporten fördelarna med en sanktionsavgift framför möjligheten till föreläggande som får förenas med vite. IVO bedömer att en sanktionsavgift bedöms ge större incitament än ett föreläggande med vite och att den utgör en direkt sanktion för underlåtenheten att anmäla medan ett vitesföreläggande behöver utdömas av domstol.

Enligt utredningen är det inte godtagbart att verksamhet inte anmäls till vårdgivargivarregistret. Att inte anmäla en verksamhet leder till att IVO:s tillsyn av vårdgivarens verksamhet försvåras. En anmälan ska innehålla uppgifter som har betydelse för tillsynen. En effektiv sanktion signalerar vikten av att göra föreskriven anmälan.

Utredningen bedömer att nuvarande sanktion behöver ersättas med nya sanktioner för att öka benägenheten hos vårdgivare att anmäla uppgifter till vårdgivarregistret. Utredningen har övervägt att i stället för böter ge IVO rätt att ta ut administrativ sanktion i form av ett föreläggande med krav att vårdgivaren anmäler enligt vad som är föreskrivet. Det kan även vara motiverat att förstärka effekten genom att förena föreläggandet med vite. Utredningen har även undersökt om IVO i stället bör ges rätt att ta ut en sanktionsavgift av den som inte anmäler enligt vad som är reglerat. IVO har till ut-

[92] SOU 2012:75, s. 656 och prop. 1981/82:142.
[93] Se SOU 2017:38, s. 204 där ett sådant förslag presenteras.
[94] Se t.ex. Vårdföretagarna 2017-09-07, Företagarna 2017-09-11 och IVO 2017-08-30.
[95] IVO 2020-12.

redningen framställt önskemål om nya sanktioner och då företrädesvis sanktionsavgift.[96]

Utredningen föreslår att nuvarande straffsanktion ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Utredningen anser att det är lämpligt att IVO ska få möjlighet att meddela förelägganden och att de ska få förenas med vite i de fall reglerna om anmälan till vårdgivarregistret inte följas. Utredningen bedömer att förelägganden kan formuleras på ett verkningsfullt sätt. IVO har redan i dag möjlighet att meddela förelägganden och förena dem vid vite på andra områden och har således stor erfarenhet av hur sådana beslut bör utformas. Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite ska bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med eventuellt vite ska meddelas. En sådan bedömning kan t.ex. ta sin utgångspunkt i vad som framkommit i myndighetens dialog med den som ska anmäla och hur sannolikt det bedöms vara att en anmälan sker. I viteslagen anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Det är lämpligt att börja med ett system med föreläggande som kan förenas med vite. För det fall det visar sig att det inte är tillfyllest bör möjligheten till sanktionsavgift övervägas på nytt. Det kan då vara läge att skärpa sanktionsmöjligheterna för att beivra oönskade beteenden vad gäller följsamheten till bestämmelserna om anmälan.

Utredningen anser att det inte bör finnas risk för dubbel bestraffning. Utredningen föreslår därför att nuvarande straffbestämmelse ska avskaffas.

I likhet med andra förelägganden som IVO meddelar ska även förelägganden som rör anmälan till vårdgivarregistret få överklagas. Ett tillägg behöver därför ske i 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen.[97]

13.6.8 IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer

IVO har i flera rapporter beskrivit att myndigheten, för att kunna utveckla tillsynsarbetet, behöver tillgång till uppgifter från andra myndigheter och aktörer. IVO skriver i en rapport om tillgänglig-

[96] Se även IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.
[97] Förarbeten till bestämmelsen om vilka av IVO:s beslut som får överklagas finns i prop. 2012/13:20, s. 125, prop. 2009/10:210, s. 246 f., prop. 1997/98:109, s. 176 f. och prop. 1995/96:176, s. 99 f.

het[98] att myndigheten avser att återkomma till regeringen avseende myndighetens behov av data från andra.[99] IVO har i en annan rapport föreslagit att myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikronivå.[100]

Utredningen bedömer att IVO kan behöva uppgifter från andra aktörer även vad gäller IVO:s tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan det vara relevant att granska information från olika vårdgivares journaler som rör den enskildas medicinska behov, väntetider på individnivå kopplade till finansieringsform för vården, vårdgivarens ledningssystem och olika avtalsförhållanden.[101]

I samband med utredningens överväganden om IVO:s möjlighet att få ytterligare uppgifter för sin tillsyn över hälso- och sjukvården har utredningen utrett om IVO kan få direktåtkomst eller annan tillgång till andra myndigheters eller aktörers uppgifter. De databaser och register som utredningen har identifierat kan vara av intresse för IVO är Socialstyrelses patientregister, olika Nationella Kvalitetsregister, uppgifter hos Skatteverket, uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen hos SKR samt uppgifter från E-hälsomyndigheten.

Vad gäller Socialstyrelsens patientregister föreslår utredningen i kapitel 13.7 att registret även ska innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i patientregistret torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte direktåtkomst till Socialstyrelsens patientregister. Däremot har Socialstyrelsen direktåtkomst till IVO:s vårdgivarregister.[102] Utredningen känner inte till att denna direktåtkomst utnyttjas. Det finns även bestämmelser om uppgiftsskyldighet mellan Socialstyrelsen och IVO men då framför allt om IVO:s uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har endast uppgiftsskyldighet till IVO vad gäller ärenden om prövning av behörighetsfrågor om uppgifterna behövs i

[98] IVO 2021-7.
[99] IVO 2021-7, s. 100.
[100] IVO delrapport (2020), s. 70 f.
[101] Se IVO:s beskrivning av hur en tillsyn kan gå till i IVO förstudie (2020), s. 19 f.
[102] Se 2 kap. 4 § fjärde stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) och 8 kap. 7 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

ett tillsynsärende enligt samma lag.[103] Det finns alltså inte någon uppgiftsskyldighet till IVO som kan bidra till ökad information om privata sjukvårdsförsäkringar.

Vad gäller de Nationella Kvalitetsregistren rekommenderar utredningen i kapitel 13.8 att de, i de fall det är relevant, bör innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i registren torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. Av patientdatalagen (2008:355) framgår att vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren har lämnat till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. IVO har dock inte direktåtkomst till de registren.

Utredningen föreslår i kapitel 13.9 att förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas till Skatteverket. Denna uppgift torde vara viktig för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har behov av uppgifter från Skatteverket på omsorgsområdet och har därför lämnat författningsförslag till regeringen för att öka tillgången till data från andra myndigheter, bl.a. från Skatteverket.[104] I den rapporten föreslår IVO att det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse gentemot Skatteverket i förordningen (2001:588) om behandling av uppgifter i Skatteverkets beskattningsverksamhet. Syftet är att IVO ska kunna få tillgång till uppgifter om enskildas skattekonton. IVO skriver i en annan rapport som handlar om tillgänglighet att IVO för tillsynen, behöver få uppgifter om exempelvis inkomst, utbildningsnivå och födelseland.[105]

IVO är beroende av uppgifter från den nationella väntetidsdatabasen hos SKR för att kunna utveckla tillsynen av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet i form av väntetider till vården. Det finns inte några särskilda regler om väntetidsdatabasen förutom om regionernas rapporteringsskyldighet. Det finns t.ex. inte några regler om direktåtkomst eller uppgiftsskyldighet. För att få tillgång till data om väntetider har IVO ett samarbete med SKR om att regelbundet ta del av uppgifterna i den nationella väntetidsdatabasen. SKR har dock inte någon skyldighet att lämna ut uppgifterna till IVO och IVO har inte heller några befogenheter att kräva uppgifter av SKR.[106]

[103] 8 kap. 10 § patientsäkerhetsförordningen och 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen.
[104] IVO 2020-11.
[105] IVO 2021-7, s. 100.
[106] IVO 2021-7, s. 100.

Det finns uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till IVO avseende uppgifter om en läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel men inte någon annan uppgiftsskyldighet till IVO.[107]

Utredningen menar att det är mycket angeläget att IVO har tillgång till erforderliga uppgifter för tillsynen och har tillgång till relevanta uppgifter som finns hos andra myndigheter och aktörer. En förutsättning för en effektiv förebyggande tillsyn är data som kan ge en överblick över risker för patientsäkerheten, se ovan om utredningens förslag om att förtydliga det förebyggande arbetet i IVO:s instruktion. Att den statliga tillsynsmyndigheten på hälso- och sjukvårdens område kan utöva en effektiv tillsyn är grundläggande för förtroendet för hälso- och sjukvården och i förlängningen förtroendet för det svenska välfärdssamhället.

I en utredning om vilka uppgifter som IVO ska ha rätt till behöver det utredas om uppgifterna omfattas av sekretess och i sådana fall vilken sekretess som gäller för uppgifterna hos den utlämnande myndigheten. Vidare behöver det beskrivas på vilket sätt uppgifterna har betydelse för IVO:s tillsynsverksamhet. Bestämmelsen om den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) behöver också analyseras.[108] För att ett sekretessgenombrott ska kunna godtas krävs vidare en beskrivning av vilket skydd uppgifterna skulle få hos IVO. För det fall det övervägs en direktåtkomst för IVO behöver man ha i åtanke att samtliga uppgifter som IVO ges direktåtkomst till är att betrakta som allmänna handlingar som kan begäras ut hos IVO. Vidare behöver det ske en avvägning mellan de intressen som sekretessen avser att skydda hos den utlämnande myndigheten och det intresse IVO har av uppgifterna. Om det inte handlar om att IVO behöver sekretessbelagda uppgifter, krävs inte samma typ av regelverk. Det kan dock finnas andra skäl, t.ex. behov av momentan och automatiserad överföring av uppgifter, som förutsätter en reglering. Det behövs även en analys av hanteringen av eventuella personuppgifter och av konsekvenserna för den

[107] 6 kap. 6 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.
[108] Den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) bygger på att ett rutinmässigt uppgiftsutbyte av sekretessbelagda uppgifter mellan myndigheter i regel ska vara särskilt författningsreglerat (prop. 1979/80:2, del A, s. 327 och 81). Generalklausulen gäller inte inom hälso- och sjukvården.

personliga integriteten. Att myndigheter ska bistå varandra och lämna information till varandra framgår av flera författningar.[109]

Utredningen har inte inom ramen för detta uppdrag möjlighet att utreda dessa frågor närmare. Det är dock angeläget att frågorna snarast utreds. Utredningen föreslår därför att frågorna utreds särskilt, antingen i form av ett uppdrag till IVO eller genom en statlig utredning. Det bör då samtidigt utredas om IVO:s förslag om att bli statistikmyndighet skulle kunna öka det generella kunskapsläget gällande privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på patientsäkerheten.

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret

Utredningens förslag: Behandlingen i patientregistret ska få avse uppgifter om finansieringsform för vården.

Skälen för utredningens förslag: Nationella hälsodataregister gör det möjligt att utvärdera hälso- och sjukvårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet samt ge ett underlag för forskning, uppföljning och vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Patientregistret är ett hälsodataregister och omfattas av regleringen i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister och är en viktig källa till fakta om hur hälso- och sjukvården bedrivs i hela landet.[110]

Informationen i patientregistret skyddas av absolut sekretess, 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), och det är särskilt reglerat för vilka ändamål uppgifterna får behandlas. Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Informationen från patientregistret ligger bl.a. till grund för de underlag som Socialstyrelsen tar fram till beslutsfattare, t.ex. för utvärderingar, statistik och öppna jämförelser. Data från

[109] Se t.ex. 8 § förvaltningslagen (2017:900) och 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[110] Socialstyrelsen (2019).

registret används även i forskningsprojekt. Regeringen uttalar i prop. 2019/20:164 att frågan om att följa patientens väg genom vården är av största intresse för att kunna följa tillgänglighet och väntetider och att Socialstyrelsen därför har fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.[111]

Uppgifter från primärvården omfattas inte i dag av registret men Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på nödvändiga författningsändringar för att nationell insamling av uppgifter från primärvården ska kunna komma till stånd. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021 och bereds för närvarande i Regeringskansliet.[112] Den största delen av den hälso- och sjukvård som i dag betalas med privata sjukvårdsförsäkringar bedrivs inom de områden som redan omfattas av patientregistret, så som specialistvården.

Det är den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården som ska lämna uppgifter till Socialstyrelsen. Uppgifterna till patientregistret omfattar sedan år 2001 både offentliga och privata vårdgivare, såväl offentligfinansierade som privatfinansierade. Vissa uppgifter ska dock lämnas av Statistiska centralbyrån. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister finns bestämmelser om hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras.

13.7.1 Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret

Data om privata sjukvårdsförsäkringar är i dag bristfällig. Enligt nuvarande bestämmelser om patientregistret anges inte att vårdgivaren ska rapportera finansieringsform, dvs. om vården betalas med offentliga eller privata medel, till patientregistret. Patientregistret är en viktig källa till fakta om hälso- och vården i Sverige. Utredningen anser att patientregistret ska innehålla uppgift om hur hälso- och sjukvården finansieras i syfte att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter.

I det följande ges exempel på vad som skulle gå att få fram om patientregistret skulle innehålla uppgift om finansieringsform för

[111] Prop. 2019/20:164, s. 47.
[112] Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården. Det skulle exempelvis gå att få fram uppgifter om hur vanligt det är att hälso- och sjukvård betalas med en sjukvårdsförsäkring. Det skulle gå att få fram uppgifter om utnyttjandet av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Vidare skulle det gå att se vilken typ av vård som betalats via försäkring men även vilka sjukdomar, tillstånd och funktionsnedsättningar som kan ersättas på det sättet. Utifrån de uppgifter som utredningen har fått fram, och som redovisas i kapitel 5.4, står insatser inom ortopedi för omkring 35 procent av samtliga insatser men övriga odefinierade områden står för ungefär lika stor del. Andra vårdområden är bl.a. hud och psykiatri. Vidare skulle det gå att se om vissa delar i en vårdkedja finanserias offentligt medan andra delar finansieras privat. Om registret kompletterades med finansieringsform skulle det öka möjligheterna att få fram uppgifter om vilka vårdgivare som utför vården och var de geografiskt är placerade i förhållande till var patienterna bor. Det skulle även vara möjligt att undersöka vilka förändringar över tid som sker i fördelningen mellan offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Dessutom skulle kunskapen kunna öka rörande försäkringstagares användande av det övriga socialförsäkringssystemet genom samkörning med andra register i relation till jämförbara icke privatförsäkrade gruppers utnyttjande. Kunskapen skulle kunna användas för att utvärdera effekterna av olika finansieringsformer, däribland privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle även underlätta möjligheten att utifrån ett nationellt perspektiv följa, jämföra och utvärdera den vård som finansieras offentligt respektive privat.

I lagen (1998:543) om hälsodataregister anges för vilka ändamål uppgifter får behandlas. Det handlar om framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ett utvidgat patientregister med uppgift om finansieringsform kan ge en bättre helhetsbild av vårdens innehåll och verksamhet, samt möjliggöra uppföljning av vårdens kvalitet. Vårdgivare skulle också få ett underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete. Utredningen anser sammantaget att förordningen behöver kompletteras med denna uppgift.

Om uppgiften om finansieringsform införs i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen behöver det ske ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. I föreskrifterna

bör det anges hur uppgiftsskyldigheten ska gå till, exempelvis hur de olika finansieringsformerna, t.ex. privat sjukvårdsförsäkring eller kontant betalning, ska rapporteras. Den offentliga finansieringen kan ske enligt det upphandlingsrättsliga regelverket.[113] De olika uppgifterna behöver vara enhetligt registrerade vilket förutsätter en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation med enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk. Det är viktigt att rapporteringen görs så enkel som möjligt och att Socialstyrelsen vid utformandet av rapporteringen tar fram enkla system exempelvis för de vårdgivare som bara bedriver offentligfinansierad eller privatfinansierad vård.

Förslaget om att uppgift om finansieringsform för vården ska registreras i patientregistret riktar sig till alla vårdgivare. Det innebär att regionen, i de fall denne är vårdgivare, ska rapportera till registret. Även alla privata vårdgivare ska rapportera den uppgiften. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.7.2 Konsekvenser för den personliga integriteten

Ett förslag om att ytterligare uppgifter ska registreras i patientregistret behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. Reglering av i vilka fall personuppgifter får behandlas finns i dataskyddsförordningen.[114] Det finns även bestämmelser i regeringsformen, den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) och i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (rättighetsstadgan) som behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. I det följande redovisas utredningens analys.

[113] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
[114] För en närmare beskrivning av denna se kapitel 3.12.

Analys utifrån dataskyddsförordningens bestämmelser

Personuppgiftsbehandling får enligt artikel 5.1 b dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta och tydligt formulerade. Socialstyrelsen har enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister stöd att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Ett exempel på ett sådant hälsodataregister är det patientregister som Socialstyrelsen får föra enligt 1 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i hälsodataregistren har sin rättsliga grund i artikel 6.1 e dataskyddsförordningen, dvs. anses vara ett allmänt intresse som anges i förordningen.[115] Utredningen föreslår inte någon förändring av för vilka ändamål uppgiften om finansieringsform ska få användas.

Merparten av uppgifterna i patientregistret är känsliga personuppgifter och omfattas därmed av artikel 9 p. 1 dataskyddsförordningen avseende behandling av särskilda kategorier av personuppgifter. Enligt huvudregeln är de förbjudna att behandla. Det finns dock undantag till detta förbud, bl.a. är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om hälsa om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, forskning samt epidemiologiska undersökningar och arkivändamål. Från integritetssynpunkt är det väsentligt att inte andra personuppgifter behandlas än vad som är nödvändigt.

Utredningen bedömer att uppgift om finansieringsform för vården tillsammans med andra uppgifter i patientregistret som identifierar en person utgör en personuppgift. Utredningen gör den bedömningen utifrån att uppgiften om finansieringsform kan användas för att särskilja personer från varandra och att den skulle samlas in till registret som redan innehåller flertalet personuppgifter. Därtill räknas flera andra uppgifter upp i 4 § patientregisterförordningen som liknar finansieringsform ur personuppgiftshänseende, så som vårdkostnad och vårdenhet. Utredningen bedömer därför att det är i patientregisterförordningen som registreringen av uppgiften ska regleras. Utredningen anser inte att uppgiften om finansieringsform för vården är en sådan känslig uppgift som avses i dataskyddsför-

[115] Se även Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 50 ff.

ordningen. Uppgiftens karaktär bedöms i vart fall inte vara direkt integritetskänslig.

Genom att föra in variabeln finansieringsform i patientregistret blir det transparent, för såväl allmänheten som vårdgivarna, att uppgiften ska rapporteras in till Socialstyrelsen från vårdgivarna (artikel 12 och 14 dataskyddsförordningen). Det är viktigt med transparens om syftet med insamlingen, datahanteringen samt att individen får information om rätten att ta del av sina egna uppgifter. Enligt patientregisterförordningen ska Socialstyrelsen på lämpligt sätt informera allmänheten om registret. Myndigheten har som en del av detta publicerat faktablad riktade till allmänheten om nyttan med hälsodataregister dels generellt, dels för de enskilda registren, däribland patientregistret.

I egenskap av personuppgiftsansvarig ska Socialstyrelsen skydda personuppgifterna på ett adekvat sätt genom lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Detta framgår både av den allmänna principen om integritet och konfidentialitet i artikel 5.1 f), och av artikel 32 dataskyddsförordningen. Uppgifterna om finansieringsform kommer att skyddas av både sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och tekniskt skydd, så som separat registermiljö, kryptering av förbindelser och behörighetsstyrning hos Socialstyrelsen.[116]

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det handlar om en förhållandevis liten utvidgning av registret. Vidare är det fråga om nödvändiga uppgifter. Nyttan av behandlingen kan bedömas som stor med tanke på de ökade möjligheter till statistik, forskning och uppföljning inom vården som utvidgningen av registret medför. Ett utvidgat patientregister skulle kunna öka möjligheten att följa patientens vårdkedja kopplad till finansieringsform och därmed bättre utvärdera vårdens sammantagna innehåll oavsett vårdgivare, men även ha ett stort värde som underlag för statistik, forskning och uppföljning. Utredningen anser således att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser.

[116] Se Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 48.

Analys utifrån bestämmelser i regeringsformen

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport bedömt att det bör finnas stöd i regeringsformen för att utöka patientregistret till att omfatta uppgifter från primärvården, då inskränkningen i den personliga integriteten, som konstateras föreligga enligt 2 kap. 6 § regeringsformen, RF, begränsas med stöd av lag, närmare bestämt lagen om hälsodataregister. Utökningen skulle därför vara förenlig med 2 kap. 20 och 21 §§ RF.[117] Utredningen gör motsvarande bedömning avseende förslaget om finansieringsform för vården. Till skillnad från förslaget i Socialstyrelsens rapport är utredningens förslag om att utvidga patientregistret av betydligt mindre omfattning. Förändringen av registret bedöms som nödvändig för att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen kan inte sägas utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller på något sätt innebära en registrering av någons politiska, religiösa eller kulturella åskådning. Förslaget är därför förenligt med RF.

Analys utifrån bestämmelser i Europakonventionen och rättighetsstadgan

Förslaget om att patientregistret ska innehålla uppgift om finansieringsform kommer att regleras med stöd av lagen om hälsodataregister och den kompletterande patientregisterförordningen. Förslaget till ändring handlar om att ytterligare en variabel läggs till sådana uppgifter som redan nu samlas in. Det kan ifrågasättas om denna utvidgning av registret ens rör sig om sådan inskränkning av rätten till respekt för privat- och familjeliv som anges i artikel 8 i Europakonventionen. Uppgiften om finansiering framstår mot bakgrund av de uppgifter som redan finns i registret inte känslig i sig. Författningsändringarna är därför förenliga med Europakonventionen.

Utredningen bedömer att förslaget även är förenligt med rättighetsstadgan. Den föreslagna behandlingen sker för vissa bestämda ändamål som framgår av dataskyddsförordningen och kompletterande nationell lagstiftning. De registrerade har möjlighet att både få tillgång till sina egna uppgifter i patientregistret och har rätt att begära rättelse av dessa uppgifter. Efter en prövning av om förutsättningarna är uppfyllda, kan i sådant fall rättelse ske.

[117] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 72.

Sammanfattning av konsekvenserna för den personliga integriteten

Utredningen har analyserat förslaget om att patientregistret ska få innehålla uppgift om finansieringsform för vården utifrån olika integritetsaspekter. Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas ett nationellt register med uppgifter om finansieringsform, vilket innebär att kunskap om finansiering av hälso- och sjukvården och hur den kan påverka vården inte finns tillgänglig. Det är fråga om en förhållandevis liten utvidgning av ett sedan länge väletablerat hälsodataregister som redan omgärdas av regler och andra åtgärder som syftar till att skydda integriteten för den enskilde. Utredningen bedömer att den utökade insamlingen och behandlingen av uppgiften om finansieringsform för vården är nödvändig bl.a. för att kunna framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar och forskning samt för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av vården. Nyttan med detta överväger det intrång som eventuellt kan uppstå i den enskildes integritet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningen, regeringsformen, Europakonventionen och rättighetsstadgan.

För det fall Socialstyrelsens förslag till förändringar genomförs, så att även uppgifter från primärvården omfattas, är det viktigt att uppgiften om finansieringsform även avser den delen av sjukvården.

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister

Utredningens rekommendation: Uppgifter om finansieringsform för vården införs, i de fall det bedöms vara relevant, i de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där privat finansiering förekommer.

Skälen för utredningens rekommendation: Det finns regler om kvalitetsregister i 7 kap. patientdatalagen (2008:355). Av 7 kap. 1 § patientdatalagen följer att ett kvalitetsregister ska ha till syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet och möjliggöra en jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Av lagen

följer vidare att personuppgifter får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet samt att personuppgifter som behandlas för dessa ändamål även får behandlas för bl.a. framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården. Som beskrivs i kapitel 7 är inrapporteringen till kvalitetsregistren frivillig för vårdgivarna.

Utredningen har identifierat två Nationella Kvalitetsregister[118] som i dag innehåller uppgifter om finansieringsform, nämligen det Svenska ryggregistret (Swespine) och Scandinavian Obesity Surgery (Obesitasregistret). Dessutom ska Nationellt Kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q IVF) kompletteras med sådan data.

Utredningen konstaterar att det råder brist på information om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården, t.ex. avseende hur behovs-solidaritetsprincipen och andra för hälso- och sjukvården grundläggande principer och bestämmelser efterlevs, kvaliteten och tillgänglighet till vården. Utredningen lämnar i detta betänkande flera förslag för att öka kunskapen.

Utredningen gör följande bedömning avseende finansieringens relevans för vården och hur registreringen av den uppgiften är förenlig med 7 kap. 1 § patientdatalagen. Om uppgiften om finansieringsform skulle finnas i ytterligare kvalitetsregister skulle kunskapen öka och kunna bidra till en medvetenhet om finansieringens eventuella påverkan på kvaliteten inom sjukvården på både nationell och regional nivå. Det skulle exempelvis gå att undersöka om finansieringsformen har påverkat utfallet på vården för patienten eller om det som i Obesitasregistret går att se skillnader på vilken indikation som föranleder en operation.[119] Det skulle även ges möjlighet att följa upp och jämföra vården, t.ex. rörande frågor om finansiering kopplad till väntetider samt möjliggöra analyser av skillnader i utfall mellan privat och offentlig finansiering på det sätt som det exempelvis har gjorts i Obesitasregistret. Sådan information skulle kunna bidra till det verksamhetsnära förbättringsarbetet inom vården. Det skulle även gå att få fram data om hur vanligt det är att vissa ingrepp finansieras med en privat sjukvårdsförsäkring och följa utvecklingen över tid. Genom att införa denna uppgift ges vidare möjlighet att på ett mer systematiskt sätt bedriva forskning om finansieringen av

[118] För att särskilja de nationella kvalitetsregister som får medel ur överenskommelsen från övriga regionala och nationella kvalitetsregister benämns de föregående med versaler.
[119] Se kapitel 7.6.

vården samt framställa statistik. I kapitel 11 beskrivs närmare hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården på olika sätt. Utredningen anser sammanfattningsvis att en registrering av finansieringsform i Nationella Kvalitetsregister väl överensstämmer med syftet med regleringen i patientdatalagen.

Den största delen av hälso- och sjukvården är offentligfinansierad och utredningen anser därför inte att det är nödvändigt eller ens lämpligt att alla kvalitetsregister innehåller information om finansieringsform. Det finns i dag 100 Nationella Kvalitetsregister. Eftersom det saknas detaljerad information om vilka vårdåtgärder som betalas via en sjukvårdsförsäkring, har utredningen inte haft möjlighet att närmare analysera vilka register som kan vara aktuella för att ha information om finansiering. I kapitel 5 beskrivs dock en viss fördelning av de försäkringsfinansierade insatserna. Exempelvis bedöms mer än en tredjedel av de försäkringsfinansierade insatserna ske inom ortopedi. Sammantaget anser utredningen att det bara är relevant att register med koppling till privatfinansiering innehåller information om finansieringsform.

Utredningen har också övervägt förslag för att underlätta införandet av uppgift om finansieringsform och för att framhålla vikten av att sådan uppgift införs. Utredningen har övervägt om staten, regionerna och SKR borde lyfta in frågan i den gemensamma nationella kvalitetsregistersatsningen med öronmärkta medel för denna satsning. Utredningen har även övervägt om Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att verka för att fler kvalitetsregister kompletteras med uppgift om finansieringsform i syfte att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Utredningen noterar att Socialdepartementet i en promemoria har lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och cancercentrum samt att promemorian är föremål för beredning i Regeringskansliet.[120]

Utredningens rekommendation är att de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där det förekommer privatfinansierad vård innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningen lämnar således inte något förslag utan överlämnar till registerhållarna att bedöma i vilka fall det är relevant och i övrigt lämpligt att registret innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningens förhoppning är dock att detta betänkande ökar kunskapen om privata sjuk-

[120] Promemorian skickades ut på remiss 2020-12-03, dnr S2020/08974/FS.

vårdsförsäkringar och kan leda till en fortsatt kunskapsuppbyggnad. Med rekommendationen vill utredningen således uppmärksamma registerhållarna att överväga om finansieringsform ska införas som en uppgift i registren. Utredningen har stannat för att en särskild ekonomisk satsning inte är nödvändig i dagsläget.

Enligt 7 kap. 2 § patientdatalagen får en enskild person motsätta sig att registreras i ett kvalitetsregister. Utredningen har inte fått någon indikation på att fler personer skulle ha motsatt sig registrering i de register som i dag har finansieringsform som en variabel. Utredningen är heller inte av uppfattningen att finansieringsform är en sådan uppgift som generellt skulle minska viljan att vara med i ett kvalitetsregister.

Om finansieringsform införs i ett kvalitetsregister bör det i registret finnas möjlighet att registrera olika former av privatfinansiering, dvs. inte bara betalning med privata sjukvårdsförsäkringar utan även t.ex. kontant betalning.

13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas

Utredningens förslag: Arbetsgivaren ska till Skatteverket särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar, på individnivå, antingen i en arbetsgivardeklaration eller genom att lämna en kontrolluppgift. Arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen. Värdet ska sättas ned med det belopp som mottagaren själv har betalat för förmånen.

Skälen för utredningens förslag: Som redovisas i kapitel 5 är sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda räknas den som en förmån som ska beskattas. Förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar infördes den 1 juli 2018.

Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar redovisas i dag tillsammans med övriga förmåner i arbetsgivardeklarationen eller kontrolluppgiften. Ett sätt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter är att förmånen av privat sjukvårdsförsäkring, på individnivå, redovisas separat till Skatteverket dvs. inte

tillsammans med andra förmåner. På så sätt kan tillgången till analyserbara data rörande privata sjukvårdsförsäkringar öka.[121]

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle möjliggöra analyser av vilka personer som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring och av vilka arbetsgivare som tecknar sådana försäkringar. Analysen skulle kunna ske genom SCB:s Fördelningsanalytiska statistiksystem för inkomster och transfereringar (FASIT). FASIT är en mikrosimuleringsmodell som beräknar effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. FASIT kan även användas för att koppla samman information från SCB:s olika datakällor.[122] FASIT utvecklades gemensamt av SCB och Finansdepartementet under senare delen av 1980-talet. Från och med början av 1990-talet hanteras drift och utveckling av modellen av SCB.

I FASIT finns redan i dag information om skattepliktiga förmåner i form av uppgifter från arbetsgivardeklaration på individnivå (AGI). Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen utan några omfattande förändringar av systemet. Genom att inkludera den särredovisade förmånen i FASIT, skulle det vara möjligt att koppla samman information om arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring med information som i övrigt finns i systemet. Det skulle möjliggöra analys av ålder, kön och geografi hos de försäkrade genom koppling till SCB:s individregister. Det skulle också vara möjligt att analysera exempelvis inkomster, branschtillhörighet och utbildningsnivå hos de försäkrade, eftersom FASIT också innehåller uppgifter från andra register, som t.ex. Inkomst- och taxeringsregistret och Utbildningsregistret. Det skulle således gå att få fram vilka socioekonomiska grupper i samhället som har tillgång till privat finansiering av sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar.

Det skulle också vara möjligt att simulera effekter på offentliga finanser till följd av regelförändringar. Ett exempel på en sådan simulering skulle kunna vara hur skatteintäkterna påverkas om andelen av försäkringspremien som är skattepliktig ökar eller minskar. Dynamiska effekter, så som beteendeförändringar till följd av änd-

[121] Syftet med kontrolluppgifter och arbetsgivardeklarationer är att utgöra ledning för bestämmande av underlag för att bl.a. ta ut skatt, se 14 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) och prop. 2016/17:58, s. 29 f. Se även Utredningen om statistik över hushållens tillgångar och skulder (Fi 2021:02) som har till syfte att åter möjliggöra framställning av officiell statistik över hushållens tillgångar och skulder samt att mikrodata ska kunna göras tillgängliga för analys, forskning och utvärdering.

[122] SCB, FASIT användarhandledning 2019.

rade regler, simuleras emellertid inte i FASIT, som är en statisk modell. Det är därför inte möjligt att prognosticera vilka effekter en reform skulle få. Däremot skulle det vara möjligt att följa upp beslutet när det väl har genomförts genom att analysera förändringar över tid.

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle också möjliggöra analyser av de företag som erbjuder sina anställda privat sjukvårdsförsäkring, exempelvis genom SCB:s Företagsregister och individdatabas, FRIDA. FRIDA är en mikrobaserad databas på totalnivå för företagsformerna aktiebolag, ekonomiska föreningar, enskilda näringsidkare, handelsbolag och övriga bolag. FRIDA innehåller också kopplingar mellan individer och vissa företagsformer, vilket gör att databasen kan användas för att studera relationen mellan ägarens inkomstsituation och verksamhetsbeslut i bolaget. I fråga om sjukvårdsförsäkringar är FRIDA dock i första hand intressant för att kunna koppla samman de kontrolluppgifter arbetsgivaren lämnar om förmån av sjukvårdsförsäkring med den kompletterande information FRIDA innehåller, exempelvis från Företagsdatabasen, FDB. Med en sådan koppling skulle det vara möjligt att analysera de arbetsgivare som tillhandahåller sjukvårdsförsäkring, exempelvis i fråga om totalt antal företag, antal företag i olika branscher, antal anställda per företag och geografisk lokalisering.

I dag ska bilförmån särredovisas.[123] Det har också tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst har särredovisats i skattedeklarationen till Skatteverket. Exempelvis gällde det under viss tid särredovisning av förmån av fri parkering. År 2004 infördes en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklarationer och kontrolluppgifter att om förmån av fri parkering hade getts ut, skulle det anges i kontrolluppgiften.[124] Särredovisningen av förmånen fri parkering upphörde år 2019.[125]

Utredningen har utrett om det går att samla in informationen på annat sätt än via en särredovisning. SCB skickar t.ex. ut enkäter till företag. Utredningen har dock inte identifierat något annat sätt att kunna göra motsvarande de analyser som kan ske med FASIT och FRIDA. Dessutom finns redan i dag i FASIT information om

[123] För bakgrund till särredovisningen se prop. 1986/87:46 s. 10 f. och prop. 1996/97:19 s. 70.
[124] SFS 2004:284.
[125] SFS 2017:390.

skattepliktiga förmåner i form av kontrolluppgifter från arbetsgivare. Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar utan några omfattande förändringar av systemet. Utredningen föreslår därför att skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ändras på så sätt att arbetsgivaren blir skyldig att antingen i en arbetsgivardeklaration eller i en kontrolluppgift till Skatteverket särskilt ange om någon anställd har fått förmån av privat sjukvårdsförsäkring. I och med att regleringen i skatteförfarandeförordningen föreslås utformas på ett tydligt sätt krävs inte några förändringar i myndighetsföreskrifter. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och informationsmaterial m.m. om hur förmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård

Utredningens bedömning: Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas. En skyldighet för privata vårdgivare att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen bör regleras i avtalet med regionen. Regelverket bör inte ändras så att databasen ska innehålla uppgifter om den privatfinansierade vården.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har övervägt om den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR bör byggas ut eller justeras i syfte att öka kunskapen om hälso- och sjukvården och då framför allt det som är fokus för denna utredning, dvs. privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

En fråga som utredningen har undersökt är om den nationella väntetidsdatabasen ska byggas ut med ytterligare information. Utredningen har sett behov av att väntetider kan kopplas till patienten och till patientens medicinska behov. Som betonas flera gånger i detta betänkande är vårdgarantin underordnad bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen har resonerat kring möjligheten att komplettera väntetidsdatabasen med t.ex. personnummer i syfte att kunna följa patientens väntetider genom hela vården. Dessutom

behövs information om var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntan på vård har uppstått. En patient kan få vård hos olika vårdgivare, t.ex. kan en patient på grund av vårdgarantiavtal, remitterats vidare till en annan vårdgivare. Det är då viktigt att det går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna, och inte endast patientens samlade väntetid.

Möjligheten till samkörning av väntetidsdatabasen med t.ex. Socialstyrelsens patientregister eller IVO:s vårdgivarregister är också frågor som utredningen har undersökt.

En annan fråga som utredningen har övervägt är om det i författning ska införas en rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen.

Ytterligare en annan fråga som utredningen har utrett är om den nationella väntetidsdatabasen ska innehålla information om väntetider vad gäller den privatfinansierade vården. I dag finns bara uppgifter om den offentligfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

13.10.1 Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag

Väntetidsdatabasen utvecklades under tidigt 2000-tal och har successivt utvecklats vidare på olika sätt.[126] Databasen har utretts flera gånger och det har lämnats förslag på förbättringar.

Vård- och omsorgsanalys har konstaterat följande angående väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta källan till information om väntetider inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige. Den har kontinuerligt förbättrats, men det finns fortfarande kända begränsningar och brister. Det finns t.ex. exempel inte någon information om täckningsgraden när det gäller privata vårdgivare.[127]

Vad gäller hos vilken eller vilka vårdgivare som väntan har uppstått, konstaterar Vård- och omsorgsanalys följande:

> När en privat vårdgivare av någon anledning tar över en remiss från en annan vårdgivare, exempelvis för att regionen fördelar ut patienter till vissa privata vårdgivare som de har avtal med när de behöver förstärkning för att klara vårdgarantin har vi uppfattat att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen – om det

[126] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16 f.
[127] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

> är den tid som patienten väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv. Det innebär att det i sådana här situationer kan finnas privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivare själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen."[128]

Av utredningens kontakter med SKR har framkommit att databasen numera innehåller information om var väntan har uppstått. Detta gäller dock inte för äldre data i databasen vilket gör att det inte går att analysera sådan information över tid.

Det sker sedan oktober 2020 en implementering i väntetidsdatabasen av en ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården. Syftet är bl.a. att möjliggöra en bredare uppföljning av tillgängligheten än endast vårdgarantin.[129]

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*[130] framgår att regionerna ska rapportera alla besök och väntetider i primärvården och i den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen har i december 2020 kommit med en delrapport kring uppföljning och analys av överenskommelsen 2020, som i huvudsak rör primärvården.[131] Det finns dock vissa iakttagelser om primärvården som också kan ha bäring på specialistvården. Försäkringar förekommer framför allt inom den specialiserade öppenvården. Det anges t.ex. följande om inrapporteringsgraden.

> Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik analyserat per verksamhetsform visar att det var 80 procent för primärvård i egen regi och 67 procent för primärvård i privat regi totalt sett som rapporterade in väntetider. En förklaring till den låga inrapporteringsgraden som nämns i intervjuerna är att de privata verksamheterna i mindre utsträckning har journalsystem som är integrerade med regionens väntetidsrapportering. Kraven som ställs i upphandlingar kan också skilja sig åt mellan regionerna.[132]

[128] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[129] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16.
[130] Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.* I juli 2021 beslutades om *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.* Denna tilläggsöverenskommelse kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 som beslutades av parterna i december 2020.
[131] Socialstyrelsen 2020-12-7066.
[132] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 32.

Utredningen kan konstatera att liknande förutsättningar kring avtalsskrivningar och journalsystem som beskrivs i Socialstyrelsens rapport finns inom den specialiserade vården. De kontakter med regioner som utredningen haft visar att krav i regionernas avtal med privata vårdgivare om att använda regionens journalsystem, i högre utsträckning finns inom primärvården än inom den specialiserade vården.

I Socialstyrelsens rapport sammanställs myndighetens intervjuer med regionföreträdare och SKR. Där beskrivs vissa utmaningar kring träffsäkerheten av inrapporteringen.[133] Den utveckling som har skett beskrivs också, och det framgår att en hel del arbete har lagts ned på att förbättra inrapporteringen och korrektheten av de data som rapporteras. Socialstyrelsen sammanställer också de utmaningar och vägar framåt som myndigheten har identifierat.[134]

Av Socialstyrelsens rapport framgår sammantaget att det pågår ett ständigt utvecklingsarbete med väntetidsdatabasen, och att utvecklingen mot mer och bättre inrapporterade data går framåt. Samtidigt finns stora luckor i inrapportering, framför allt hos privata vårdgivare.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i juni 2021 förslag som rör utveckling och förbättring av den nationella väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår att överenskommelsen mellan staten och SKR ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet och presentation av de uppgifter som rapporteras till väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regionerna ska redogöra för antalet privata vårdgivare som ingår i regionens utbud men som inte rapporterar till väntetidsdatabasen. Av denna redogörelse ska framgå information om den vård som de privata vårdgivarna bedriver. Vidare föreslås att överenskommelsen ska ange att regionerna ska samverka och bidra till en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.[135]

Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet. Delegationen föreslår en granskningsgrupp med IVO, Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen samt Integritetsskydds-

[133] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 33 ff.
[134] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 38 ff.
[135] SOU 2021:59, s. 375.

myndigheten som deltagare.[136] Betänkandet är föremål för remisshantering.

Utredningen instämmer i Tillgänglighetsdelegationens och ovan beskrivna myndigheters förslag om att väntetidsdatabasen behöver utvecklas på flera sätt. Det är viktigt med en ökad kunskap om väntetider och dess påverkan på hälso- och sjukvården. 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. Utredningen menar att den av Tillgänglighetsdelegationen föreslagna granskningsgruppen skulle kunna undersöka en samkörning av väntetidsdatabasen med Socialstyrelsens patientregister och IVO:s vårdgivarregister.

13.10.2 Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård

Det är viktigt att väntetider avseende all offentligfinansierad vård oavsett vårdgivare verkligen rapporteras till väntetidsdatabasen. Det finns dock inte någon författningsreglerad skyldighet för de privata vårdgivarna att rapporterna väntetider för den offentligfinansierade vården till väntetidsdatabasen. Utredningen har därför övervägt om en sådan författningsreglerad skyldighet bör införas.

Vidare har utredningen undersökt om det nationellt bör finnas uppgifter om väntetider för den privatfinansierade vården för att möjliggöra jämförelser med den offentligfinansierade vården och dra slutsatser om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården.

Väntetider till den privatfinansierade vården omfattas inte i dag av databasen, utan det är endast privat utförd och offentligt finansierad vård, som ska rapporteras (utöver den vård som regionen bedriver i egen regi). Förklaringen till det är att väntetidsdatabasen i stor utsträckning är uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och den tidigare s.k. kömiljarden, vilka inte gäller för den privatfinansierade vården.

Vidare är en förklaring att väntetidsdatabasen förs av SKR. Utredningen anser inte att den privatfinansierade vården och dess väntetider bör hanteras av SKR. SKR är en medlems- och arbetsgivarorga-

[136] SOU 2021:59, s. 379.

nisation för regionerna. Regionerna är inte huvudmän för den privatfinansierade vården. Det är därför inte lämpligt att de privata vårdgivarna ska rapportera uppgifter om den privatfinansierade vården till SKR.

I kapitel 13.4 föreslår utredningen att de privata vårdgivarnas rapporteringsskyldighet till väntetidsdatabasen ska anges i avtalet mellan regionen och vårdgivaren. Utredningen erfar att detta redan ibland anges i avtalen.

Utredningen vill dock betona behovet av en nationell, samlad information om väntetider för all hälso- och sjukvård, dvs. både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Denna fråga kan därför framöver, utifrån den kunskap och erfarenhet som finns då, behöva utredas ytterligare. Detta diskuteras närmare i kapitel 14.2. Utredningen välkomnar regeringens uppdrag i september 2021 till Socialstyrelsen om att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata med syfte att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.[137]

Utredningen noterar även regeringens uppdrag i juni 2021 till Socialstyrelsen att kartlägga datamängder inom hälsodataområdet som kan anses vara av nationellt intresse. Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen fokusera på data som i dag inte finns tillgänglig på nationell nivå, men som kan vara av nationellt intresse.[138]

13.11 Regionernas hantering av bisysslor

Utredningens rekommendation: SKR bör 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.

Skälen för utredningens rekommendation: Regionerna har som arbetsgivare ett ansvar enligt lag att ha en god kännedom om sina anställdas bisysslor och i vissa fall förbjuda dem. Som har konstaterats i kapitel 9 finns det flera utredningar som visar på en delvis bristande efterlevnad i regionerna av reglerna om bisysslor. I det kapitlet och i kapitel 11 beskrivs hur de offentliganställdas sidoupp-

[137] Regeringens beslut 2021-09-09, S2021/06332 (delvis).
[138] Regeringens beslut 2021-07-01, S2021/05369 (delvis).

drag hos privata vårdgivare kan påverka den offentliga vården. En bisyssla kan exempelvis vara så omfattande att den påverkar den anställdas förutsättningar att utföra sitt arbete för regionen på ett fullgott sätt. Det kan också handla om att bisysslan utförs hos ett företag vars verksamhet konkurrerar med regionens verksamhet. Det är därför viktigt att regionen i egenskap av arbetsgivare känner till de anställdas bisysslor men även förbjuder dem i de fall det är nödvändigt.

Det kan inte uteslutas att bristen på regelefterlevnad bidrar till de oklarheter som finns i diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar och om att t.ex. ”personer via en privat sjukvårdsförsäkring kan gå före i kön i den offentligt finansierade vården”. Det kan vara svårt att bedöma om den som utför vården gör det i sin roll som offentliganställd eller om det handlar om en uppgift som utförs som en bisyssla. Denna otydlighet kan leda till en misstro att regionanställda prioriterar intressen hos privata vårdgivare framför den offentliga arbetsgivaren. En god regelefterlevnad på området skulle således kunna vara ett sätt att stärka förtroendet för den offentliga sjukvården i Sverige.

Utredningen vill betona att det kan finnas många positiva aspekter av att offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid. Utredningen föreslår inte några förändringar av lagstiftningen eller kollektivavtalen kring bisysslor. Däremot ser utredningen ett behov av att redan existerande regler preciseras i stöddokument.

Utredningen instämmer med många av de slutsatser som Statskontoret har dragit i rapporten *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner* från 2019.[139] Utredningen delar t.ex. Statskontorets beskrivning att regioner efterfrågar en tydligare vägledning och stöd i bedömningen av om en bisyssla ska anses vara tillåten eller inte. Detta har också uttryckts i de kontakter som utredningen haft med regionerna. Det har också i kontakter med utredningen beskrivits en oro för att personal inte ska ha möjlighet arbeta både hos offentlig och privat vårdgivare.

[139] Statskontoret (2019).

Statskontoret föreslår i rapporten att Arbetsgivarverket och SKR ska bistå med fördjupad information och eventuellt stödmaterial riktat till myndigheter, kommuner och regioner. SKR har tagit fram stöddokument om bisysslor i form av cirkulär men de avser inte specifikt hälso- och sjukvårdssektorn.

Utredningen instämmer i Statskontorets förslag och bedömer att SKR är en lämplig aktör att ta fram riktlinjer om bisysslor som just riktar in sig på hälso- och sjukvården. Riktlinjerna skulle behöva innehålla exempel på när en bisyssla är tillåten, ge vägledning i hur bedömningen ska gå till samt i övrigt beskriva hur hanteringen av bisysslor inom hälso- och sjukvården ska hanteras. I arbetet med att ta fram sådana riktlinjer bör SKR ha ett nära arbete med relevanta aktörer, t.ex. yrkesförbund.

Vidare kan det behövas särskilda utbildningsinsatser för de personer som ansvarar för bedömningen av bisysslor inom hälso- och sjukvården i regionerna. Detta förslag är också i linje med Konkurrensverkets rekommendation i en rapport från 2020 om regionernas hantering av bisysslor.[140]

[140] Konkurrensverket 2020:4.

14 Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor

14.1 Uppföljning av utredningens förslag

Utredningens förslag: Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp och analysera utredningens förslag. Ett sådant uppdrag bör lämnas till myndigheten i närtid så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Skälen för utredningens förslag: Det är viktigt med information om vilka konsekvenser de nya reglerna och andra åtgärder som utredningen föreslår leder till. Sådan information kan ligga till grund för en diskussion om att vidta ytterligare åtgärder. Utredningens förslag behöver därför följas upp. En uppföljning kan även bidra med kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ett syfte med uppföljningen är att fördjupa kunskapen om tolkningen och tillämpningen av behovs-solidaritetsprincipen i förhållande till privata sjukvårdsförsäkringar utifrån utredningens förslag. Ett uppdrag om uppföljning kan beröra ytterligare områden varför det kan behöva formuleras brett och utifrån flera perspektiv. I det följande beskrivs de områden som utredningen har funnit särskilt värdefulla att följa upp.

I uppföljningen bör det beskrivas hur regionerna har använt sig av de nya avtalsvillkoren och vilken uppföljning av avtalen som har skett. En sådan undersökning skulle kunna utföras på liknande sätt som utredningens undersökning, dvs. i form av intervjuer och enkäter samt i form av genomgång och kartläggning av avtalen eller på andra sätt som bedöms lämpliga. Syftet är att följa upp hur regionerna har följt de nya reglerna. Särskilt intressant att beskriva kan

vara vilka slutsatser regionerna har dragit om hur de privata vårdgivarna följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde, när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges. Av intresse är här i vilken utsträckning det uppdrag som vårdgivaren ska utföra åt regionen påverkas av att vårdgivaren även utför vård som finansieras privat. Det kan även vara värdefullt att göra en analys av om det finns skillnader i regionernas uppföljning av avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetsystem, LOV, jämfört med avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, i likhet med vad som diskuteras i kapitel 11.2.2. Detta kan vara särskilt relevant att analysera om antalet LOV-avtal framöver ökar i omfattning och blir vanligare i fler regioner än vad som gäller i dag.

I uppföljningen bör det även ingå en beskrivning av vilken tillsyn som IVO har bedrivit utifrån de nya reglerna och vilka erfarenheter som kan dras av tillsynen. Intressant torde då vara frågan om hur vårdgivare följer de grundläggande principerna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) när dessa bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges.

Av uppföljningen bör det framgå hur IVO och regionerna har samarbetat i frågan om tillsyn respektive uppföljning av de privata vårdgivarna.

Uppföljningen kan också avse att över tid följa och analysera befolkningens och patienternas attityder till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad som påverkar viljan att teckna och utnyttja dessa samt om och hur det påverkar viljan att betala skatt, eller får andra konsekvenser för förtroendet för välfärdssamhället. För vidare resonemang om frågan, se kapitel 12.3.4. Kunskap från vårdpersonal kan inhämtas för att belysa vårdpersonals erfarenheter av privata sjukvårdsförsäkringar.

Uppföljningen bör omfatta konsekvenserna av de olika förslagen om ökad kunskap om privata försäkringar, dvs. förslagen om patientregistret, kvalitetsregistren och särredovisningen av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. I uppföljningen kan det beskrivas hur dessa nya uppgifter om finansieringsform har använts, t.ex. för vårdens kvalitetsuppföljning eller för forskning.

Förutom att beskriva hur andra aktörer har använt de nya uppgifterna kan det vara värdefullt om Vård- och omsorgsanalys gör egna analyser utifrån uppgifter från t.ex. patientregistret inklusive den nya uppgiften om finansieringsform. Utredningen vill betona Vård- och omsorgsanalys behov av stöd för behandling av personuppgifter vilket har lyfts i olika sammanhang.[1]

Uppföljningen bör innehålla en analys av om det finns behov av ytterligare åtgärder i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider eller andra frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Det kommer att ta viss tid innan det finns tillräckligt med data för analys och tillräckligt med erfarenhet för en uppföljning av utredningens förslag. Det kan dock vara viktigt att påbörja analysen i närtid för att t.ex. kunna skapa tidsserier och en baslinje för jämförelser över tid.

Det är viktigt att en uppföljning och rapportering av resultat inte dröjer alltför lång tid. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är otillräckligt belysta och behovet av mer kunskap är stort. Det framgår också av internationella studier och forskning att negativa effekter av privata sjukvårdsförsäkringar kan förhindras om åtgärder vidtas i tid, när försäkringarna är av begränsad omfattning. När omfattningen har växt så mycket att försäkringarna påverkar sjukvårdssystemet blir det både politiskt och ekonomiskt svårare att begränsa dem.[2] Utredningen bedömer därför att ett uppdrag om uppföljning bör lämnas i närtid så att det finns möjlighet att tidigt starta och planera arbetet.

Utredningen bedömer att uppföljningen ska utföras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör samverka med och ta hänsyn till närliggande forskning på området.

[1] Se t.ex. SOU 2018:52.
[2] Se t.ex. European Observatory on Health Systems and Policies (2020) och beskrivning av den internationella utblicken i kapitel 10. Se även beskrivningen i 12.3.4 om den svenska välfärdsmodellens utmaningar.

14.2 Framtida utredningsfrågor

Utredningens bedömning: Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder för att öka kunskapen och kontrollen i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Det övergripande syftet med utredningens förslag är därför att säkerställa en god och patientsäker vård samt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan. Betänkandet kommer att kunna användas vid diskussioner och beslut på nationell och regional nivå.

Utifrån hur utredningens uppdrag är beskrivet och utifrån den kunskap som finns i dag har utredningen stannat för att de förslag som lämnas är de mest lämpliga och ändamålsenliga i dagsläget. Den ökade kontrollen och kunskapen kommer att göra att det finns betydligt mer och bättre beslutsunderlag om några år. Ökad kunskap kommer också uppnås genom den uppföljning av utredningens förslag som utredningen föreslår att Vård- och omsorgsanalys ska vidta, se kapitel 14.1.

Beroende på vad det nya kunskapsläget visar kan olika ytterligare åtgärder vidtas som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningens förslag som beskrivs i kapitel 13 ska således betraktas som ett första steg i frågan om reglering av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, och som kan följas av flera steg.

Utredningen har i betänkandet beskrivit att det saknas kunskap på olika områden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar därför flera förslag i kapitel 13 i syfte att öka kunskapen. Det kan framöver visa sig att det behövs ytterligare kartläggningar och analyser. Utredningen beskriver i det följande några områden som det i framtiden kan vara intressant att utreda utifrån ett behov av ytterligare kunskapsuppbyggnad (kapitel 14.2.1) utöver det som innefattas i det föreslagna uppföljningsuppdraget till Vård- och omsorgsanalys.

Utredningen lämnar i kapitel 13 flera förslag som leder till en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård. Beroende på vad ny kunskap och erfarenhet visar kan det framöver finnas ett behov av ytterligare kontroll. Utredningen beskriver några sådana regeländringar (kapitel 14.2.2).

Utredningen vill betona att den följande beskrivningen ska ses som exempel på framtida utredningsfrågor beroende på vad som framgår av ny kunskap och erfarenhet och alltså inte ses som konkreta förslag på förändringar. Det lämnas därför inte något förslag på vem som borde utföra de fördjupade analyserna som beskrivs. Det lämnas inte heller förslag kring kostnader eller andra konsekvenser som sådana utredningar skulle kunna vara förenade med. Några av de framtida utredningsfrågorna kan ligga inom ramen för ett myndighetsuppdrag. Andra frågor kan behandlas inom ramen för forskningsprojekt.

14.2.1 Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver i det följande exempel på åtgärder som ytterligare kan öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och som kan vara relevanta att utreda i framtiden.

Kunskap om framväxten av försäkringar

Som beskrivs i kapitel 5 har antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar ökat de senaste åren. Det är endast cirka 10 procent av de privata sjukvårdsförsäkringarna som tecknas som individuellt tecknade försäkringar. Omkring 90 procent av alla privata sjukvårdsförsäkringar som tecknades år 2018 var gruppförsäkringar och omkring 66 procent av dem tecknades av arbetsgivaren.

Det saknas i dag uppgifter om varför arbetsgivare, fackförbund och enskilda tecknar eller subventionerar privata sjukvårdsförsäkringar. Långa väntetider till den offentligfinansierade vården anges ofta som ett skäl.[3] En faktor som lyftes i SOU 2001:57 var att nedskärningar inom den offentliga försäkringen har lett till ökat inslag

[3] Kullberg et al. (2021), s. 3.

av privat försäkring.[4] För att i framtiden kunna vidta ytterligare åtgärder kan det behövas ökad kunskap om vad som driver framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar.

En drivkraft som Vård- och omsorgsanalys lyfter är att arbetsgivarna har ett behov av att hälso- och sjukvården bidrar till färre och kortare sjukskrivningar genom förebyggande insatser, men även att de har behov av ”snabb tillgång till god vård”.[5] Sjukfrånvaro och dålig hälsa bland de anställda utgör vanligen höga kostnader för arbetsgivaren.[6] Samtidigt anförs i Vård- och omsorgsanalys rapport att kunskapen om de privata sjukvårdsförsäkringarnas effekt på sjukfrånvaron är begränsad och att orsakssambanden inte är klara.[7] Eftersom privata sjukvårdsförsäkringar till allra största del tecknas av arbetsgivarna är det enligt utredningen angeläget med ytterligare kunskap kring arbetsgivarnas motiv för att teckna försäkringar åt sina anställda. Utredningen har även erfarit att behovet av ytterligare kunskap om frågan har lyfts inom forskningen.

År 2018 infördes förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar och Skatteverket har i ett ställningstagande angett hur den skattepliktiga förmånen schablonmässigt ska beräknas. Det kan vara intressant att följa upp hur förändringen och den schablonmässiga beräkningen har påverkat antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar.

För att kunna analysera framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar kan det även vara intressant att följa eventuella förändringar i de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det kan handla om att försäkringarna i ökad utsträckning börjar erbjuda vård som efterfrågas men som den offentliga vården inte anser bör prioriteras eller har förutsättningar att erbjuda. En drivkraft skulle också kunna handla om det som i direktivet till utredningen beskrivs som att försäkringarna skulle leda till ”bättre vård”. Som beskrivs i kapitel 5 har utredningen inte kunnat finna exempel på sådana för-

[4] SOU 2001:57, s. 13 och kapitel 2 (s. 72 ff.) samt kapitel 7 där det anges att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar anses kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera den grad av försäkring som efterfrågas (s. 363).
[5] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.
[6] Palme, M. (2017), s. 38. I rapporten nämns även att en privat sjukvårdsförsäkring för en arbetsgivare kan vara ett alternativ till att erbjuda företagshälsovård och att försäkringarna kan fungera som en förmån som arbetstagarna värdesätter.
[7] Vård- och omsorgsanalys, 2020:3, s. 39.

säkringar i dagsläget utan de svenska försäkringarna är framför allt inriktade på att erbjuda vård med korta väntetider.[8]

Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige är främst inriktade på kortare väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet (s.k. supplementära försäkringar). I andra länder förekommer s.k. komplementära försäkringar som innehåller tjänster som inte erbjuds av det offentliga systemet. Att privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige innehåller ett relativt begränsat antal tjänster skulle kunna hänga samman med att den offentliga hälso- och sjukvården har ett omfattande utbud av tjänster.[9] Komplementära inslag förekommer dock. Om de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna förändras och ökar anses det kunna leda till att försäkringarna blir mer attraktiva för både arbetsgivare och enskilda.[10] Incitamentet för att teckna en försäkring skulle då vara ett annat än när det främst handlar om att få tillgång till korta väntetider till vården.

Beroende på vad som driver framväxten av försäkringar kan förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället påverkas.

Kunskap om undanträngning och annan påverkan

I kapitel 11 redogörs för privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. I kapitlet finns en redogörelse för begreppet undanträngning och hur mer fördjupade undersökningar om undanträngningar har gjorts inom vårdgarantin, det fria vårdvalet och cancervården. Som beskrivs i det kapitlet vet man i dag inte tillräckligt om undanträngning och annan påverkan som en konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan därför finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Det kan finnas flera frågor som behöver studeras empiriskt. Vidare kan det behövas tillgång till bättre data för att kunna genomföra olika former av undersökningar.

[8] Se dock beskrivningen i kapitel 5.4.2 om en cancerförsäkring med delvis annat innehåll.
[9] I Kullberg et al. (2021), s. 3 nämns, genom internationella exempel, att bristande kvalitet i den offentligfinansierade vården kan bidra till en ökad framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar.
[10] Se resonemang i Kullberg et al. (2021).

Vård- och omsorgsanalys beskriver en situation med patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar ”kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar” och att det möjligtvis skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön”.[11] En liknande situation kan uppstå genom företagshälsovården. Det faktum att en person har tillgång till företagshälsovård skulle kunna göra att vissa vårdbehov upptäcks tidigare än vad som annars hade varit fallet. Ytterligare en situation som kan vara intressant att analysera är om försäkringar leder till att mer vård ges inom ramen för specialistvården, i stället för på en lägre mottagandenivå. Det kan således finnas fler situationer än korta väntetider som behöver analyseras utifrån bestämmelserna om en vård på lika villkor för hela befolkningen och etiska plattformen.[12]

Utredningen noterar att det pågår flera arbeten som kommer att bidra till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Riksrevisionen meddelade den 6 juli 2021 på sin hemsida att de förbereder en granskning av statens insatser för kortare väntetider i vården. Riksrevisionen skriver att ”trots omfattande statliga insatser fortsätter problemen med köer och långa väntetider i vården. Det finns också indikationer på att de insatser som har gjorts leder till oönskad undanträngning av patienter med stora vårdbehov. Riksrevisionen avser därför att granska statens styrning på området.” Denna granskning kan ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar då flera av frågeställningarna även har bäring på försäkringar.[13] Det finns också pågående forskningsprojekt som kommer att ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de påverkar hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ytterligare uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall utredningens förslag framöver inte bedöms vara tillräckliga finns det andra sätt att få fram uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis kan ytterligare uppgifter behöva registreras

[11] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.
[12] Se även kapitel 12.5 för den kritik som har riktats mot vårdgarantin, vårdvalet och digitala vårdtjänster.
[13] www.riksrevisionen.se/nu-granskas/inledda-granskningar/statens-insatser-for-kortare-vantetider-i-varden.html.

i Socialstyrelsens patientregister så som uppgifter om väntetid i syfte att möjliggöra analyser av efterlevnaden av bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Ett annat sätt att öka kunskapen är att samla uppgifter om väntetider rörande all vård, inklusive den privatfinansierade vården i en nationell databas och då överväga att placera en sådan databas hos en myndighet.[14]

Den aktör som har bäst kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar torde vara försäkringsbolagen. Ett sätt att framöver öka kunskapen om försäkringar skulle vara att införa en rapporteringsskyldighet för försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen skulle t.ex. kunna åläggas en skyldighet att till en myndighet rapportera uppgifter på individnivå. Rapporteringsskyldigheten skulle kunna avse uppgifter om hur stor del av försäkringarna som utnyttjas, hur stor premien är samt i vilken utsträckning privata sjukvårdsförsäkringar erhålls t.ex. via fackförbund eller annat medlemskap.

En rapporteringsskyldighet skulle också kunna avse hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Som beskrivs i kapitel 7.3 bygger inte de belopp som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. I stället används en modell som utgår från premieinkomsterna och de uppgifterna kommer från Svensk Försäkring.

14.2.2 Mer kontroll i form av regeländringar

Utredningen lämnar flera förslag som kommer innebära en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar såsom förslaget om finansieringen av vården, regionernas nya avtalsvillkor och uppföljning samt IVO:s tillsyn. Utifrån ny kunskap och erfarenhet kan det om några år vara relevant att utreda andra förändringar i regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar. I det följande beskrivs några sådana exempel.

[14] Regeringen har den 9 september 2021 givit Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla myndighetens insamling av väntetidsdata. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2022 och delredovisas senast den 15 mars 2022.

Finansieringen av hälso- och sjukvården

Som beskrivs på flera ställen i betänkandet, bl.a. kapitel 8 och kapitel 13, gäller bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för all vård. Det är således inte nödvändigt att ändra den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att genomföra utredningens förslag. Som framgår i kapitel 8 har dock olika myndigheter och organisationer framfört att det är svårt att tolka och tillämpa den etiska plattformen och pekat på behovet av en översyn. I och med att 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 vårdarbetet, innehåller den en stor grad av komplexitet.

När den etiska plattformen och de kompletterande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen togs fram avsåg de framför allt den offentligfinansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst. De avsåg inte den privatfinansierade vården. Då var också antalet privata vårdgivare liksom antalet privata sjukvårdsförsäkringar betydligt färre än i dag. Framtida översyner av den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan behöva ta hänsyn till förekomsten av privata vårdgivare och hur hälso- och sjukvården är finansierad.

Begränsningar och förbud av privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall det visar sig att syftet om en god och patientsäker vård inte kan uppnås med utredningens förslag, kan det vara lämpligt att utreda andra åtgärder för att kontrollera de privata sjukvårdsförsäkringarna. En väg är olika former av begränsningar eller förbud. Man kan t.ex., i likhet med den reglering som finns i Kanada, begränsa eller förbjuda supplementära sjukvårdsförsäkringar, eller på andra sätt begränsa vad försäkringarna får innehålla och erbjuda. T.ex. kan man förbjuda sjukvårdsförsäkringar som även innehåller andra vårdtjänster så som företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. Ett sådant förslag skulle innebära att försäkringsbolagen skulle behöva dela upp försäkringen i en sjukvårdsdel och en del som avser övriga tjänster. Ytterligare ett sätt är att förbjuda privata vårdgivare att bedriva både privatfinansierad och offentligfinansierad hälso- och sjukvård eller att begränsa under vilka för-

utsättningar sådan verksamhet skulle vara tillåten.[15] Slutligen kan ett sätt vara att förbjuda en privat vårdgivare att ha olika väntetider för olika patienter beroende t.ex. på hur vården finansieras.

Förändringar i försäkringsrätten

Som beskrivs i kapitel 5 är det vissa grupper av befolkningen, bl.a. äldre, barn och personer med funktionsnedsättning, som kan ha svårare att teckna en privat sjukvårdsförsäkring än andra, och därmed inte kan välja att finansiera vården privat via en sådan.[16]

För individuellt tecknade sjukvårdsförsäkringar gäller så kallad kontraheringsplikt, dvs. ett förbud för försäkringsföretagen att neka någon att ingå en försäkring utan saklig grund. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran. Ett sådant skäl är om den som ska försäkras inte har ett fullgott hälsotillstånd.[17] För gruppförsäkringar gäller inte någon kontraheringsplikt.

Utifrån ökad kunskap om förmånstagarna och deras sjukdomar eller funktionsnedsättningar m.m. kan det finnas intresse att se över hur kontraheringsplikten fungerar vad gäller de privata sjukvårdsförsäkringarna.[18]

[15] Se liknande förslag från Välfärdsutredningen i SOU 2016:78, s 24 och 27 samt kapitel 10.6 om förbudet i Kanada mot ”dual practice”.
[16] Se mer i kapitel 5.2 och 5.6.
[17] Se SOU 2016:37, s. 59 ff. för en närmare beskrivning och vidare hänvisningar.
[18] Utredningen om rätten till en personförsäkring lämnande i betänkandet SOU 2016:37 förslag om att stärka kontraheringsplikten och den enskildes ställning.

15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet med flera uppdragsgivare och som efter ikraftträdandet ska anmäla det till IVO:s vårdgivarregister, ska göra en sådan anmälan senast en månad efter ikraftträdandet.

Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande.

Utredningens bedömning: Förordningsändringarna ska träda i kraft så snart det är möjligt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Ett betänkande ska innehålla en bedömning av om särskild hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser.[1] I detta kapitel beskrivs utredningens överväganden vad gäller när författningsändringarna bör träda i kraft och behovet av övergångsbestämmelser. De informationsinsatser som behövs med anledning av förslagen beskrivs framför allt i kapitlet om konsekvensanalys.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga

[1] 15 a § kommittéförordningen (1998:1474) och 6 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar diskussionen. Lagförslagen syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård samt att bidra med kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och dess konsekvenser. Det framstår som angeläget att ändringarna kan träda i kraft så snart det är möjligt. Utredningen bedömer att det är lämpligt att lagändringarna, med hänsyn tagen till sedvanlig lagstiftningsprocess såsom remittering, beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling, träder i kraft den 1 januari 2023. Det ger även tid för berörda aktörer att förbereda sig. IVO, Socialstyrelsen, Skatteverket och Sveriges Kommuner och Regioner bör inom ramen för sina verksamheter verka för att informera om förändringarna.

Utredningen föreslår några förordningsändringar. Eftersom förordningar beslutas av regeringen går processen snabbare för förordningar än för lagar. Förordningsändringarna kan således träda i kraft tidigare än den 1 januari 2023. De flesta förordningsändringar kräver dock visst förberedelsearbete i form av tekniska förändringar men också i form av information till de aktörer som berörs av ändringarna.

15.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

De nya bestämmelserna om finansiering tar sikte på hur hälso- och sjukvården får finansieras. Det kan vara så att en vårdåtgärd påbörjas före ikraftträdandet och avslutas efter ikraftträdandet. Utredningen har därför övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser.

Förslaget om nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård utgör framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller, dvs. att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som utförs av annan på uppdrag av regionen, enbart får finansieras med offentliga medel och avgifter om inte något annat är reglerat. Utredningen anser därför inte att det är nödvändigt med en övergångsbestämmelse. Det kommer dessutom att finnas tid för vårdgivarna att, vid behov, förbereda sig inför ikraftträdandet utifrån de nya reglerna.

15.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

15.2.1 Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet

När bestämmelserna träder i kraft kommer det att finnas avtal som redan har ingåtts mellan regioner och privata vårdgivare. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som har ingåtts efter lagens ikraftträdande.

Eftersom det är frågan om redan ingångna avtal bedömer utredningen att dessa avtal inte ska kompletteras med de nya villkoren. De nya bestämmelserna ska således inte gälla retroaktivt för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Överlämnad verksamhet ska således fortsatt kunna bedrivas utifrån vad som anges i avtalet. Av tydlighetsskäl anser utredningen att det ska anges att de nya bestämmelserna inte ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

Det finns inte något som hindrar regionerna från att redan före ikraftträdandet använda sig av de föreslagna avtalsvillkoren vid ingående av nya avtal. Som framgått av utredningens undersökningar har vissa regioner redan liknande avtalsvillkor.

Vad gäller avtal som tecknats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV finns det ett större upphandlingsrättsligt utrymme att i vissa fall lägga till de nya villkoren i befintliga avtal än vad som gäller enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Inom ramen för LOV har regionerna möjlighet att ändra avtalsvillkoren under en avtalsperiod, under förutsättning att den rätten framgår av avtalet. I en situation där det är lång tid kvar av avtalet, eller där nya leverantörer vill ansluta till vårdvalet, kan det ur likabehandlingsskäl vara lämpligt för regionerna att införa de föreslagna kraven i befintliga avtal. Detta bör dock inte särskilt regleras i övergångsbestämmelserna, utan får avgöras från fall till fall av respektive region.

15.2.2 Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet

Utredningen anser inte att bestämmelserna om avtalsvillkor ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Utredningen har gjort följande överväganden om behovet av sådana övergångsbestämmelser.

Upphandlingsrättsligt är det inte tillåtet att ändra ett avtal (antingen ett befintligt avtal eller avtal som förlängs) hur som helst. När det gäller förlängning av avtal som tecknats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, är möjligheterna att ändra avtalsvillkor begränsade, då allt för stora förändringar innebär att det är fråga om ett helt nytt avtal, vilket behöver konkurrensutsättas på nytt. Som beskrivs ovan är möjligheterna till ändring däremot större för avtal som tecknats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Liknande situation, dvs. vad som ska gälla vid förlängning av avtal, har diskuterats i tidigare lagstiftningsarbeten. I prop. 2016/17:166, där det föreslogs att avtal skulle innehålla villkor om att inte åsidosätta principer i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreslogs att de nya bestämmelserna skulle gälla för avtal som förlängdes efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.

> I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL inte gälla för sådana avtal om överlämnande av uppgifter som landstingen ingått före ikraftträdandet. Det saknas däremot skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett sådant tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen inte innebär att ett nytt avtal ingås. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i propositionen.[2]

I propositionen till den nya kommunallagen (prop. 2013/14:118) föreslogs däremot att äldre bestämmelser skulle gälla för avtal som ingåtts före ikraftträdande men som förlängs efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.[3]

> Den föreslagna författningsändringen i KL avseende allmänhetens insyn i den av kommun eller landsting överlämnade verksamheten kräver övergångsbestämmelser. Detta för att hantera förekomsten av avtal som redan ingåtts av kommuner och landsting och som inte reglerar vilken information som de privata utförarna ska lämna till kommunerna respektive landstingen. Författningsändringen bör därför gälla för avtal om överlämnande av verksamhet som tecknas efter ikraftträdandet av författningsändringen, dvs. fr.o.m. den 1 januari 2015. Övergångsbestämmelsen bör också omfatta den situationen att ett avtal som ingåtts före den

[2] Prop. 2016/17:166, s. 30. Propositionen avstyrktes av riksdagen och ledde inte till några författningsändringar.
[3] Prop. 2013/14:118, s. 86.

1 januari 2015 förlängs efter ikraftträdandet. Även i den situationen bör äldre bestämmelser gälla.

Utredningen anser att det är viktigt med tydliga och enkla regler som inte leder till alltför mycket administration eller svårigheter, varken för regionerna eller de privata vårdgivarna. Det kan vara svårt för en upphandlande myndighet att avgöra vad som är tillåtet inom ramen för de upphandlingsrättsliga ändringsbestämmelserna. Utredningen har därför stannat vid att de nya bestämmelserna inte ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Om regionerna anser sig ha möjlighet att, i samband med förlängning av ett avtal, införa nya eller justera befintliga avtalsvillkor, finns det dock inget i övergångsbestämmelserna som hindrar dem att göra det.

15.2.3 Avtal som ingås efter ikraftträdandet

För avtal som ingås efter ikraftträdandet gäller de nya bestämmelserna. Med avtal som ingås efter ikraftträdandet avses inte avrop på redan ingångna ramavtal.

15.3 Förslaget om IVO:s vårdgivarregister

Vad gäller förslaget om IVO:s vårdgivarregister och att ändra i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) har IVO bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete.

Vid tidpunkten för ikraftträdandet kommer det finnas verksamheter som redan är anmälda men som behöver anmäla uppgifterna om flera uppdragsgivare och finansieringsform. Av 2 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas och att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet.

Utredningen har övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser så att de som vid ikraftträdandet sedan mer än en månad till-

baka har flera uppdragsgivare, får viss tid på sig att anmäla detta. De verksamheter som redan bedrivs vid ikraftträdandet bör ha en möjlighet att under en övergångsperiod anmäla uppgiften om flera uppdragsgivare till IVO efter det att förordningsändringen har trätt i kraft. Utredningen bedömer, i likhet med vad som gäller i övrigt för anmälningsförfarandet till IVO, att en månad är lämplig. En övergångsbestämmelse om detta föreslås därför.

15.4 Förslaget om ändring i IVO:s instruktion

Det behövs inte någon övergångsbestämmelse avseende ändringen i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

15.5 Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite

Eftersom utredningen förslag innebär att den straffrättsliga påföljden byts ut mot en administrativ sanktion, dvs. föreläggande med vite, uppkommer frågan om vad som ska gälla för straffbelagda gärningar som har begåtts före ikraftträdandet men som inte har lagförts innan de nya reglerna träder i kraft.

Vid bedömningen av behovet att meddela övergångsbestämmelser för den nu nämnda situationen måste bestämmelserna i såväl 2 kap. 10 § regeringsformen som 5 § andra stycket lagen (1964:163) om införande av brottsbalken beaktas.

I 2 kap. 10 § regeringsformen finns ett förbud mot retroaktiv straff- och skattelagstiftning. Förbudet mot retroaktiv skattelag anses analogivis tillämpligt beträffande straffliknande administrativa påföljder.[4]

Av 5 § andra stycket lagen om införande av brottsbalken framgår att straff ska bestämmas enligt den lag som gällde när gärningen företogs. Detta är dock inte fallet om annan lag gäller när dom meddelas, om den nya lagen leder till frihet från straff eller till lindrigare straff. Denna bestämmelse har enligt förarbetena generell räckvidd,

[4] Prop. 1975/76:209, s. 258 ff.

dvs. den gäller även utanför brottsbalkens tillämpningsområde. Bestämmelsen ger uttryck för den lindrigaste lagens princip.[5]

Utredningens förslag innebär att sanktionen straff ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Föreläggande med vite torde anses lindrigare än straff. I enlighet med den lindrigaste lagens princip borde därför denna nya sanktion få genomslag bakåt i tiden.

Liknande situation har diskuterats i tidigare lagstiftningsärenden. I prop. 2007/08:107 *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område* föreslogs ändringar beträffande sanktionssystemet. Lagrådet anförde i sitt yttrande då att om avsikten med lagändringarna inte var ägnade att ändra synen på vad som var straffbart utan önskemålet i stället var att skapa en annan och mer effektiv sanktionsform, faller motiven för en tillämpning av den lindrigaste lagens princip bort.[6] I prop. 2012/13:143 konstaterade regeringen att syftet med förslaget om införande av ett system med fler administrativa sanktionsavgifter på arbetstids- och arbetsmiljöområdet är, i likhet med sanktionssystemet på yrkesfiskets område, att effektivisera sanktionssystemet. Att bestämmelserna avkriminaliseras ska inte ses som ett uttryck för att överträdelserna ska bedömas lindrigare än tidigare. Regeringen ansåg därför i de två fallen att lindrigaste lagens princip inte gör sig särskilt starkt gällande i detta fall. Det fanns därför inte skäl att låta de föreslagna bestämmelserna få retroaktiv effekt. Äldre bestämmelser skulle därför tillämpas på överträdelser som skedde före den nya lagens ikraftträdande.[7]

Utredningen kan konstatera att IVO hittills inte har polisanmält någon vårdgivare som inte har följt bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret. Det förefaller därför osannolikt att IVO nu skulle börja polisanmäla beteendet. I enlighet med ovan beskriva resonemang bör dock de nya bestämmelserna inte gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande. De äldre bestämmelserna ska därför tillämpas för dessa överträdelser.

[5] Prop. 1964:10, s. 99.
[6] Prop. 2007/08:107, s. 47 f. Se även prop. 2017/18:165, s. 77.
[7] Prop. 2012/13:143, s. 82.

15.6 Förslaget om patientregistret

Vad gäller förslaget om patientregistret och att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen har Socialstyrelsen bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete. Det behövs inte några övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är den vård som registreras efter ikraftträdandet som kommer att ha information om finansieringsform, inte den vård som registrerades före ikraftträdande.

15.7 Förslaget om särredovisning

Vad gäller förslaget om särredovisning har Skatteverket bedömt att ändringen bör var känd och helst beslutad åtminstone sex månader innan den ska tillämpas. Detta för att Skatteverket, och framför allt programvaruföretag, ska hinna anpassa datasystem och stöd så att arbetsgivarna ska kunna redovisa förmånerna korrekt. Skatteverket behöver även tid för att hinna utforma olika typer av instruktioner och informationsinsatser om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

Utredningen anser därför att det inte finns något behov av övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är de förmåner som redovisas efter ikraftträdandet som kommer att vara särredovisade vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, inte de förmåner som redovisades före ikraftträdandet. Utredningen bedömer att det inte finns något behov av att införa någon övergångsbestämmelse avseende detta förslag.

16 Konsekvensanalys

I detta kapitel behandlas konsekvensbedömningar enligt kommittéförordningen (1998:1474) och utifrån vad som särskilt anges i utredningens direktiv om konsekvensbeskrivningar.

16.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar förslag i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vidare syftar förslagen till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på den offentligfinansierade vården. Utredningens förslag syftar även till att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården och möjliggöra tillgång till data om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna föreslås ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Alternativet att inte genomföra förslagen skulle innebära en fortsatt otydlighet och osäkerhet om vad som gäller i fråga om regionernas ansvar för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare som också bedriver privatfinansierad vård.

Utredningen föreslår en utökad rapportering och anmälan till Socialstyrelsens patientregister respektive IVO:s vårdgivarregister samt särredovisning av förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar till Skatteverket. Sådana uppgifter behöver anges i författning. Alternativet att inte genomföra de förslagen skulle innebära att

det även fortsättningsvis skulle saknas uppgifter om finansieringsform för vården. Det skulle således alltjämt saknas information om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på hälso- och sjukvården. IVO skulle ha svårt att utöva sin tillsyn.

Utredningens förslag kan innebära en viss ökad administrativ börda och därmed ökade kostnader för regioner, vårdgivare och myndigheter. Utredningen bedömer emellertid att hälso- och sjukvården påverkas i positiv riktning då förslagen väntas leda till förbättrade förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård.

Behoven av reglering, dvs. vad utredningen vill uppnå med förslagen liksom vad som händer om reglering inte kommer till stånd, behandlas mer utförligt i kapitel 12 och 13.

16.2 Vilka berörs av utredningens förslag?

16.2.1 Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag

Hälso- och sjukvården är en angelägenhet för hela samhället varför många kan komma att beröras av utredningens förslag. Mer konkret kommer utredningens förslag att beröra patienter, regioner (i egenskap av såväl huvudmän som vårdgivare), privata vårdgivare, samt vissa statliga myndigheter så som IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. Dessutom kan försäkringsbolag komma att beröras.

Det finns 21 regioner som kan komma att påverkas av förslagen. Samtliga regioner kommer att i egenskap av vårdgivare beröras av utredningens förslag, vilket framgår nedan under rubrik 16.5.

Utredningens förslag såvitt gäller avtalsvillkor och avtalsuppföljning kommer att påverka regionerna i egenskap av huvudmän. Hur regionerna påverkas kommer att skilja sig åt, bl.a. beroende på hur många avtal regionen har med privata vårdgivare, och om de privata vårdgivarna har avtal också med andra uppdragsgivare. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta. Utredningen har dock undersökt hur många avtal regionerna över huvud taget har med privata vårdgivare, dvs. oavsett om den privata vårdgivaren har andra uppdragsgivare vid sidan av regionen eller inte. Av den sammanställning som gjorts, utifrån en enkät till regionerna, rör det sig

om cirka 500 avtal inom ramen för LOU[1] och LOV[2] vardera (primärvården är exkluderad från denna sammanställning).[3] Samtliga regioner har avtal med privata vårdgivare inom ramen för den öppna specialistvården, men omfattningen skiljer sig väldigt mycket åt mellan de olika regionerna. T.ex. har Region Stockholm närmare 400 avtal, varav merparten är inom ramen för LOV, medan Region Jämtland Härjedalen endast har tre avtal, samtliga inom ramen för LOU. Detta är endast en nulägesbild,[4] och hur många avtal regionerna har kan variera över tid. Av utredningens undersökning framgår inte hur många av avtalen som rör en situation där den privata vårdgivaren också har avtal med andra uppdragsgivare. Detta då det bara är vissa regioner som efterfrågar information om detta i dag. Flertalet gör det dock inte.

Utifrån den information som utredningen samlat in kan dock konstateras att samtliga regioner kan komma att beröras av utredningens förslag om avtalsvillkor och avtalsuppföljning, i egenskap av huvudmän. Hur mycket de berörs kommer se olika ut beroende på ett antal faktorer, vilket utvecklas i kapitel 16.5.2.

16.2.2 Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare

Utredningen har undersökt hur många privata vårdgivare det finns som kan komma att påverkas av förslagen. Alla privata vårdgivare kan komma att beröras av utredningens förslag, oavsett driftsform (dvs. aktiebolag, stiftelse, enskild firma osv.). Den exakta siffran på privata vårdgivare är svår att få fram, men enligt SCB:s företagarregister finns 6 150 företag registrerade inom specialiserad öppenvård. Samtliga privata vårdgivare skulle kunna påverkas av förslagen i mer eller mindre omfattning, då vissa förslag riktar sig mot samtliga vårdgivare och andra förslag riktar sig till en mer begränsad krets.

Förslaget om avtalsvillkor och avtalsuppföljning påverkar de vårdgivare som har avtal med regionerna, och samtidigt har andra uppdragsgivare, vilket utredningen har försökt undersöka hur många det

[1] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.
[2] Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.
[3] Dessa siffror är dock behäftade med en del osäkerheter, då vissa regioner inte har kunnat uppge exakta antal, och någon region inte heller har svarat. Primärvården har exkluderats mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.
[4] Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sedan enkäten samlades in.

rör sig om. Denna undersökning kompliceras av flera faktorer. För det första saknas heltäckande data om privata vårdgivares avtal med det offentliga respektive försäkringsbolag (se vidare nedan). För det andra är sådana avtalsförhållanden snabbföränderliga – exempelvis på så vis att en privat vårdgivares avtal med en region löper ut och inte förnyas eller att nya vårdgivare tecknar avtal med regioner. För det tredje kommer svaret att skilja sig åt beroende på om undersökningen inriktas på den juridiska personen, eller på själva verksamheten. För det fjärde omfattar det som beskrivs som privata vårdgivare inte nödvändigtvis endast företag – idéburna aktörer så som föreningar och stiftelser, kan också komma att påverkas, om de har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Nedan beskrivs vad som trots dessa komplicerande faktorer ändå kan sägas om antalet privata vårdgivare som berörs av förslagen.

I fråga om antalet juridiska personer som kan komma att omfattas är en utgångspunkt SCB:s företagsregister. I registret fanns, som nämnts ovan, i juni 2021 6 150 företag inom klassifikationen ”Specialiserad öppenvård”. I registret finns inga uppgifter om dessa företags avtal med privata aktörer, t.ex. försäkringsbolag, respektive offentliga aktörer, t.ex. regioner. Enligt utredningens bedömning är det dock betydligt färre privata vårdgivare som har uppdrag både för regioner och för försäkringsbolag. Nedan redogörs för utredningens försök att ändå få fram en uppgift om hur många privata vårdgivare utredningens förslag i denna del kan påverka.

I fråga om hur många bolag som har avtal med regioner kan SCB:s utförarregister ge viss ledning. För år 2019 registrerade regionerna totalt 1 052 utförare inom specialiserad somatisk vård, som är det vanligaste området för privata sjukvårdsförsäkringar. Det verkliga antalet är sannolikt lägre, eftersom regionerna rapporterar individuellt – det kan därför hända att samma företag har avtal med flera regioner, och därför räknas flera gånger. I registreringen ingår förutom privata företag också ideella organisationer, stiftelser och kyrkor, men också regionägda företag. Även här saknas uppgift om avtal med försäkringsbolag. Regionägda bolag torde dock inte ha några avtal med försäkringsbolag.[5]

En annan datakälla som undersökts av utredningen är uppgifter från Vårdföretagarna respektive Svensk Försäkring. Vårdföretagarna

[5] Se mer i kapitel 5.4 om vilka vårdgivare som bedriver vård inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.

anger att de har 533 medlemmar inom branschområdet sjukvård. Vilka avtal dessa medlemmar har är dock inte någon information som Vårdföretagarna har tillgång till. På samma sätt saknar Svensk Försäkring information om vilka vårdgivare deras medlemmar har avtal med. Ett försäkringsbolag (Länsförsäkringar) har i dialog med IVO uppgett att de har avtal med cirka 350 vårdgivare.[6]

Om undersökningen i stället inriktas mot själva verksamheten (t.ex. en klinik eller en mottagning), snarare än den juridiska personen, kan delvis andra datakällor användas. Patientregistret, Vårdgivarregistret och SKR:s väntetidsdatabas kan alla användas för att identifiera verksamheter. Här saknas uppgifter om avtal, utom för SKR:s väntetidsdatabas. Eftersom väntetidsdatabasen inriktar sig på den offentligfinansierade vården, kommer de verksamheter som förekommer där också i förlängningen ha avtal med det offentliga. En alternativ källa är tjänsten *Boka doktorn*, som är en tjänst som ofta används för bokning av den försäkringsfinansierade vården. *Boka doktorn* uppger att de har 1 064 ansluta kliniker. En begränsning här är att det inte nödvändigtvis är så att alla kliniker som tar emot försäkringsfinansierade patienter är anslutna till tjänsten. Utifrån vad utredningen erfarit är dock detta ovanligt, eftersom de flesta försäkringsbolagen använder *Boka doktorn*. Uppgifter om huruvida dessa kliniker också tar emot offentligfinansierade patienter saknas dock.

Sammanfattningsvis kan alltså sägas att det finns ett antal problem med att beräkna antalet vårdgivare som berörs av utredningens förslag. Framför allt saknas metoder för att på ett enkelt sätt identifiera vilka aktörer som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Det gör det svårt att göra precisa uppskattningar. Vad som beskrivits ovan kan dock fungera som övre gränsvärden. Antalet juridiska personer är sannolikt inte fler än de 1 052 som förekommer i utförarregistret, dels eftersom olika regioner sannolikt har avtal med samma företag, dels för att alla privata utförare sannolikt inte har avtal med försäkringsbolag. Detta antal inkluderar såväl företag som idéburna aktörer.

Utredningen noterar följande angående idéburna aktörer. Det saknas en definition av idéburna aktörer. Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden lämnade i december 2019 betänkandet Idéburen välfärd (SOU 2019:56). Den utredningen föreslog följande definition:

[6] IVO förstudie (2020).

> Med idéburen aktör inom offentligt finansierad välfärdverksamhet avses i denna lag en juridisk person som
> 1. inte är direkt eller indirekt ägd eller kontrollerad av staten, en kommun eller en region,
> 2. har ett syfte som är oegennyttigt,
> 3. bedriver eller har för avsikt att bedriva offentligt finansierad välfärdsverksamhet, och
> 4. inte gör några värdeöverföringar till annan än registrerade idéburna aktörer eller till forskning.

Idéburna organisationer tillhandahåller en mängd olika tjänster inom social omsorg, på hälso- och sjukvårdsområdet samt inom utbildningsområdet. Även tjänster på arbetsmarknadsområdet och sådana som rör integration tillhandahålls av idéburna organisationer. Några av de största idéburna organisationer är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet och vissa driver såväl sjukhus som mottagningar, t.ex. sexualterapeutisk mottagning och mottagning för krigs- och tortyrskadade. Det finns en hel del organisationer som tillhandahåller olika typer av vård och verksamhet för personer med psykisk ohälsa och psykoterapi.[7]

I fråga om antalet verksamheter är antalet på motsvarande sätt sannolikt inte fler än de cirka 1 064 kliniker som är anslutna till tjänsten *Boka doktorn*. Även detta antal inkluderar andra verksamheter än de som drivs av företag, såsom t.ex. föreningar och stiftelser inom idéburen sektor, under förutsättning att dessa använder tjänsten *Boka doktorn*.

I *tabell 16.1* framgår vilka datakällor som utredningen undersökt i fråga om antal vårdgivare som berörs. För att kunna få fram ett antal behöver i vart fall alla tre kolumner till höger vara besvarade med ja. Därutöver behöver informationen gå att hänföra till antingen verksamhetsnivå eller juridisk person, vilket innebär att två källor med olika nivå är svåra att jämföra.

[7] SOU 2019:56, s. 49.

Tabell 16.1 Information om vårdgivare, offentliga respektive privata avtal och tillgänglighet av datan

Datakälla	Information om vårdgivare och nivå	Information om offentliga avtal?	Information om privata avtal?	Tillgänglig?
Patientregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
Vårdgivarregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
SKR:s väntetids-databas	Verksamhetsnivå	Ja	Nej	Ja
SCB:s utförar-register	Juridisk person	Ja	Nej	Ja
Skatteverkets Företagsregister	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Vårdföretagarna	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Försäkringsbolagen	Verksamhetsnivå /juridisk person?	Nej	Ja	Nej
Boka doktorn	Verksamhetsnivå	Nej	Ja	Nej

16.3 Konsekvenser för enskilda

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är i princip oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Övergripande syften med förslagen är att säkerställa en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen så som principerna och 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. Förslagen bedöms därmed få positiva effekter för enskilda. Såväl för patienter med en privat sjukvårdsförsäkring som för patienter inom den offentligfinansierade vården innebär förslagen en ökad tydlighet avseende under vilka villkor den försäkringsfinansierade vården verkar och hur den förhåller sig till den offentligfinansierade vården.

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 en privat vårdgivare med avtal med regionen när det gäller aspekter som tillgänglighet och vårdkvalitet. Patienterna ska känna sig trygga med att den offentligfinan-

sierade vården inte påverkas negativt av den privata vårdgivarens övriga uppdrag. Förslagen syftar till att regionen ska kunna garantera detta genom avtal och att IVO genom tillsynen ska kunna säkerställa en regelefterlevnad. Utredningens förslag syftar till att ge regionerna och IVO bättre förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den vården respektive att kunna utöva sin tillsyn. En ökad kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kommer att gynna patienter och allmänheten i övrigt.

Utredningens förslag om riktlinjer för de offentliganställdas bisysslor kommer att skapa en tydlighet för allmänheten om vad som gäller när en offentliganställd har ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare.

Utredningen bedömer vidare att utredningens förslag kommer att leda till en ökad kunskap bland beslutsfattare, myndigheter, forskare och allmänhet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och även deras påverkan på den offentligfinansierade vården.

Utredningens förslag till uppföljning kommer att bidra till ytterligare kunskap och innebära att det finns en beredskap för att vidta ytterligare åtgärder om det behövs nödvändigt. En sådan beredskap kommer gynna patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag om ökad kunskap och kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan stärka befolkningens förtroende för och tillit till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

16.4 Konsekvenser för regioner

16.4.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Förslaget om att den offentliga vården endast får finansieras med offentliga medel är framför allt ett förtydligande av i dag gällande bestämmelser och hur det fungerar redan i dag. Förslaget torde därför inte innebära några ökade kostnader för regionerna.

16.4.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Utredningens förslag innebär att regionerna behöver skriva in nya avtalsvillkor i avtal med privata vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Regionerna kan behöva ta fram nya mallar och kanske justera

vissa rutiner. Detta skulle i viss utsträckning kunna medföra ökade kostnader och en ökad administrativ börda, i vart fall inledningsvis. Vad gäller avtalskrav och mallar bedöms detta arbete dock vara något av en engångsinsats, som sedan inte kommer att ta mer tid i anspråk än vad utformningen av upphandlingsdokument och avtal tar redan i dagsläget.

Förutom att justera arbetet med själva avtalsskrivandet kan regionerna behöva förändra sin uppföljning med anledning av de nya villkoren.

Regionen har i egenskap av huvudman ett ansvar för den offentligfinansierade vården även när vården utförs av en privat vårdgivare. Regionen har därför redan i dag en skyldighet att ställa särskilda avtalsvillkor och följa upp avtalen. Utredningen anser att flera regioner tagit ett för litet ansvar för detta jämfört med vad som redan i dag följer av lag. De förslag som lämnas avseende avtalen mellan regioner och privata vårdgivare innebär således inte utökade åtaganden för regionerna, utan ett förtydligande av vad som redan följer av kraven i kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men anpassat efter hälso- och sjukvårdsområdet, samt en ökad tydlighet kring vad som förväntas. De ökade kostnader som förslagen skulle kunna medföra för regionerna är därmed i huvudsak kostnader som regionerna, om de fullt ut tagit sitt ansvar som huvudmän, borde ha redan i dag. Om en region inte har följt upp avtal i tillräcklig utsträckning, eller arbetat med avtalsskrivning i tillräcklig utsträckning, utifrån de krav som ställs enligt lagtexten redan i dag bör det inte leda till att det betraktas som nya kostnader för regionerna. Den ekonomiska konsekvensen för regionerna med utredningens förslag torde vara försumbar då förslaget är närliggande befintliga kravformuleringar.[8] Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig (jfr prop. 2013/14:118 genom vilken de nya kraven i kommunallagen infördes, som jämfört med utredningens förslag innebar ett ökat åtagande för regionerna).

Av de intervjuer som har hållits med regionföreträdare har framkommit att det ser mycket olika ut mellan regionerna i fråga om vilka krav man ställer och hur man arbetar med uppföljning. I de regioner där det finns få privata vårdgivare upplevs det från företrädare för

[8] Se t.ex. de krav som framgår av bestämmelserna i 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725) samt de krav som följer av huvudmannaskapet enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

regionerna som huvudregel lättare att göra uppföljningar, då personerna som är inblandade i princip känner varandra, även om flera av dessa regioner också uttryckt att uppföljningen skulle kunna fungera bättre. Samtidigt har det av några av dessa företrädare framkommit en oro för att gå miste om privata vårdgivare om det ställs för höga krav i avtalen. Av företrädare för de regioner som har många avtal med privata utförare har det generellt sett framförts mer skepsis till en ökad uppföljning, då man upplever att tillräcklig tid inte finns för detta. Å andra sidan har dessa regioner mer utarbetade avtalsmallar och rutiner för kravställning. Att olikheter finns mellan regionerna när det gäller uppföljning av avtal m.m. har även konstaterats av tidigare utredningar, t.ex. *Privata utförare – kontroll och insyn* (SOU 2013:53).

Utredningen bedömer sammantaget att förslagen inte borde medföra mer än marginellt ökade kostnader för de regioner som i dag har en fungerande process för upphandling och uppföljning.

16.4.3 Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Utredningens förslag innebär att alla vårdgivare, dvs. både regionerna när de bedriver vård i egen regi, och således är vårdgivare, och de privata vårdgivarna, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister.

Regionerna behöver justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen. Det förutsätter it-kostnader, t.ex. anpassning av datasystem och kostnader för administration för själva rapporteringen. Uppgiften om finansieringsform för vården finns redan i dag och utredningen bedömer inte att den kommer att behöva bearbetas innan den ska föras över till Socialstyrelsen. Utifrån vad som framkommit i kontakter med utredningen finns uppgiften om finansieringsform ofta i vårdgivarnas faktureringssystem. Här förefaller dock regionerna organiserat det på olika sätt. Flera regioner har olika it-system, och vissa regioner har också i kontakter med utredningen nämnt att de är på väg att införa nya system.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata beskrivit kostnader för de förslagen. I rapporten anges att endast ett fåtal regioner kan ge ett uppskattat belopp, men i de fall det görs, rör

det sig om cirka 100 000–400 000 kronor avseende it-kostnader.[9] Utredningen bedömer att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning.

Socialstyrelsen har även i samma rapport kartlagt regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva vad gäller själva rapporteringen. Socialstyrelsen skriver att en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården kan innebära en förändrad resursåtgång bemanningsmässigt och att det beror på hur regionen byggt upp rapporteringsskyldigheten, exempelvis om det är vårdpersonalen eller administrativ personal som rapporterar.[10]

Utredningen menar att såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. Socialstyrelsen kommer att reglera detta närmare i sina föreskrifter. Det är viktigt att Socialstyrelsen strävar efter en så enkel rapportering som möjligt. Regeringskansliet bereder för närvarande förslaget om att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. Utredningen bedömer det som lämpligt att det arbetet även omfattar utredningens förslag i syfte att förenkla arbetet och minimera kostnaderna.

Sammantaget bedömer utredningen att det är svårt att göra en exakt uppskattning av de kostnader som förslaget medför för regionerna. Om ändringen kan genomföras i samband med kompletteringen av primärvårdsdata torde flera effektivitetsvinster kunna uppnås, varför det endast rör sig om marginella kostnader. I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det vidare anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna. Under förutsättning att rapporteringen kan ske automatiserat när systemen är anpassade torde inte heller några större kostnader uppstå för regionerna avseende själva inrapporteringen av uppgifterna.

16.4.4 Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad, och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksam-

[9] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.
[10] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.

heterna i sådana fall är finansierade. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som regionen bedriver i egen regi är offentligfinansierad. Det förekommer även finansiering på annat sätt, t.ex. tjänsteexport samt andra former där patienten betalar helt eller delvis själv och som brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.[11]

Vidare har regionerna sällan flera uppdragsgivare inom egen regi, och inte heller förändras uppdragsgivarna för den vård som bedrivs av regionen i egen regi över tid på samma sätt som det kan göra för privata vårdgivare. För regionerna rör det sig främst om vård som utförs åt andra regioner och i förekommande fall tjänsteexport. Kostnaderna för denna rapportering borde därför för regionerna bli tämligen marginell.

16.4.5 Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Detta förslag påverkar alla vårdgivare. Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som vårdgivarna kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

[11] För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 och redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.

16.5 Konsekvenser för företag m.m.

De företag som framför allt påverkas av utredningens förslag är privata vårdgivare. Förslagen kan även få effekter för de försäkringsbolag som erbjuder försäkringar. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. I det följande beskrivs de olika företag som kan påverkas av förslagen.

16.5.1 Privata vårdgivare

Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvård

Förslaget om hur hälso- och sjukvården finansieras riktas till regionerna och utredningen bedömer att de privata vårdgivarna inte påverkas av det. Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivare som bedriver vård utan avtal med regionen, och inte heller de privata vårdgivarnas (som bedriver vård på uppdrag av regionen) eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. För det fall en patient vill finansiera t.ex. ett ingrepp genom att själv bekosta en bättre lins i samband med en kataraktoperation, kommer den delen (dvs. den linsen) inte att omfattas av den vård som regionen lämnat över. Detta kommer således med utredningens förslag alltjämt att vara möjligt. Detsamma gäller andra former av patienters finansiering, eftersom det bara är den vård som finansieras med offentliga medel (och patientavgifter) som de facto är vad som lämnats över från regionen till den privata vårdgivaren.

Eftersom förslagen syftar till att skapa en tydlighet och bidra till rättssäkra och tydliga regler borde det innebära positiva konsekvenser för företagen.

Förslaget om nya avtalsvillkor

Förslaget om nya avtalsvillkor riktar sig endast till de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regioner. Privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård berörs således inte.

I likhet med vad som skrivs ovan om konsekvenser för regionerna innebär förslagen att avtalsskrivande och uppföljning kan behöva förändras och utvecklas i de fall parterna inte redan i dag gör detta. Förslagen torde innebära att de privata vårdgivarna behöver ta fram ny dokumentation för att tydliggöra att de nya avtalsvillkoren följs och på vilket sätt.

Att i detalj uppskatta vilka förändringar som kommer behöva genomföras är svårt, då det bl.a. beror på hur de avtal som de privata vårdgivarna redan har med regioner är formulerade. Vissa avtal innehåller redan de villkor som utredningen föreslår och för de vårdgivarna innebär utredningens förslag inte någon förändring. I de fall nya avtal ska innehålla nya avtalsvillkor kommer avtalet behöva anpassas till avtalssituationen, t.ex. storleken på upphandlingsföremålet i relation till vårdgivarens övriga verksamhet, vilken typ av vård det är som utförs och vilken lag avtalen tecknas med stöd av (LOU eller LOV)[12]. Detta arbete kommer i första hand att ligga på regionerna, som utformar upphandlingsdokumenten. Utredningen ser framför sig att regionerna kommer att ta fram mallar och samarbeta så att arbetet med de nya avtalsvillkoren och den tillhörande uppföljningen blir så enkel och smidig som möjligt för vårdgivarna. Av intervjuer med olika vårdgivare har framkommit att de som huvudregel ställer sig positiva till att regionerna tar sitt ansvar som huvudmän och ställer krav på insyn och leverans. Även om viss ökad arbetsbörda kan uppstå i och med avtalsskrivningen och framför allt i samband med uppföljningen bedömer utredningen att de kostnader som detta medför är tämligen marginella.

Utredningen bedömer inte att förslagen kommer att leda till att de privata vårdgivarnas förutsättningar att ta emot patienter med en privat sjukvårdsförsäkring kommer att inskränkas. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Så länge vårdgivaren följer avtalet och regelverken innebär förslagen inte någon

[12] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

förändring. I annat fall kan vårdgivaren behöva göra omorganisationer och visa för regionen hur de säkerställer att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas negativt av vårdgivarens övriga verksamhet.

Förslaget om att vårdgivare ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Alla vårdgivare ska rapportera uppgiften om finansieringsform oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I likhet med vad som beskrivs ovan om regionerna behöver de privata vårdgivarna justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata gjort ett försök att beskriva kostnader för de förslagen, även vad avser vårdgivare (primärvårdsverksamheter). Ökade kostnader förväntas främst uppstå inom den del av verksamheten som berör administrationen. Närmare hälften av de tillfrågade vårdcentralerna har uppgett att de inte kan ange vilken typ av kostnader ett framtida krav på uppgiftslämnande kommer att innebära för dem.[13] Socialstyrelsen har också haft kontakt med en utövare inom den s.k. nationella taxan, som uppgett att om en framtida uppgiftsskyldighet medför stora kostnader kan det innebära en marknadsmässig nackdel för verksamma inom taxan. Den utövaren befarar dock inte att omkostnader skulle bli så pass omfattande för enskilda utövare att man inte skulle ha råd att bedriva sin verksamhet.[14]

Utredningen bedömer, som nämnts ovan, att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning än att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. En uppskattning av resursåtgång är dock svår att göra. Såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. I likhet med vad som anges för regionerna är det lämpligt att utredningens förslag tas samtidigt som förslaget om att bygga ut patientregistret med primärvårdsdata i syfte att minimera kostnader.

[13] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.
[14] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.

I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna.

Förslaget om att vårdgivare ska anmäla uppgifter till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade. Detta riktar sig till samtliga vårdgivare, oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som privata vårdgivare bedriver är på uppdrag av regionen och således offentligfinansierad. Det förekommer även privatfinansiering, t.ex. via privata sjukvårdsförsäkringar, eller kontantbetalningar.

För privata vårdgivare kommer förslaget sannolikt att innebära mer rapportering än för regionerna, då privata vårdgivare oftare har flera uppdragsgivare. Hur mycket rapportering som kommer krävas kommer dock variera från vårdgivare till vårdgivare, beroende på organisation och avtal. Rapportering kommer att behöva ske vid fler tillfällen än tidigare, då en förändring avseende uppdragsgivare kommer att leda till ett behov av rapportering. Viss ökad arbetsbörda kommer därför uppstå för de privata vårdgivarna.

Tidsåtgången per anmälan bör i normalfallet vara liten då vårdgivarna har kunskap om sina uppdragsgivare och enkelt kan få fram den informationen. Välfärdsutredningen har uppskattat resursåtgången för en utökad anmälan till omsorgsregistret, som kan ge ledning gällande föreliggande förslag. Välfärdsutredningen bedömde då att ändringsanmälan i snitt inte kommer kräva mer än 30 minuters arbetsinsats per ändring och kunde genomföras av en ekonomiassi-

stent eller motsvarande.[15] Under förutsättning att detta utvecklingsarbete kommer på plats borde den totala tidsåtgången för en anmälan till vårdgivarregistret bli betydligt lägre än för en anmälan till omsorgsregistret.

IVO har ett pågående utvecklingsarbete i syfte att underlätta anmälan till vårdgivarregistret. IVO bör i samband med framtagandet av den nya anmälningsblanketten och revidering av föreskriften, utforma anmälningsskyldighet på ett så enkelt sätt som möjligt för de som ska anmäla. Som beskrivs i kapitel 13.6 bör det överlämnas till IVO att i detalj avgöra hur anmälningsskyldigheten ska gå till. Anmälan bör avse verksamhet på övergripande nivå, t.ex. att vårdgivaren tar emot privatfinansierade patienter rent allmänt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen.

Sammantaget bedömer utredningen därför kostnaderna som små. Vidare innebär nyttan med rapportering till vårdgivarregistret, t.ex. i form av signalsystem för IVO och för regionernas skull när de gör utdrag från registret, att viss ökad börda får anses acceptabel.

Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Möjligheten att meddela vitesföreläggande gäller för all anmälan till vårdgivarregistret.

Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som de kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

[15] SOU 2017:38, s. 262.

Särskilt om små företag

Utredningens förslag innebär, som konstaterats ovan, generellt en viss ökad administrativ börda. För en mindre vårdgivare kan ökad administration ha en större påverkan på verksamheten än vad det har för en större vårdgivare. Detta eftersom tidsåtgång för inrapportering i register m.m. sannolikt inte kommer att skilja sig nämnvärt åt och resurserna för administration är mindre hos de små vårdgivarna. Små privata aktörer kan också ha sämre förutsättningar för obligatorisk rapportering av uppgifter, då kostnader för anpassning eller byte av journalsystem kan bli höga i förhållande till verksamhetens storlek. Utredningens bedömning är dock att den ökade administrativa bördan ändå är så pass begränsad att också konsekvenserna får anses vara begränsade. Vid ett framtida föreskriftsarbete behöver Socialstyrelsen och IVO undersöka hur privata aktörers arbetsförutsättningar, konkurrensförhållanden och andra villkor kan påverkas av förändringarna.

16.5.2 Försäkringsbolagen

Det finns inte något komplett register över försäkringsbolag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar. Antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar varierar dessutom över tid. År 2013 fanns enligt Sagan och Thomson 17 aktörer som sålde privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige.[16] I dagsläget säljer omkring 14 försäkringsbolag sjukvårdsförsäkringar.[17] Baserat på Svensk Försäkrings branschstatistik över skadeförsäkringsföretagens premieinkomster för sjuk- och olycksfallsförsäkringar och privata sjukvårdsförsäkringar 2016, bedömdes de fem största aktörerna (Folksam, Länsförsäkringar, If, TryggHansa och Skandia) stå för minst 90 procent av premieintäkterna från privata sjukvårdsförsäkringar.[18] Kullberg et al. har i en studie från 2019 över bl.a. vad som ingår i privata sjukvårdsförsäkringar fokuserat på sju bolag (Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia If, EuroAccident och SEB), då de sju uppges vara de största aktörerna inom privat sjukvårdsförsäkring.[19] Därut-

[16] European Observatory on Health Systems and Policies (2016).
[17] Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-10.
[18] Svensk Försäkrings branschstatistik, nr 1/2017 – 4:e kvartalet 2016.
[19] Kullberg et al. (2019), s. 739.

över finns det vissa bolag som nämns i andra jämförelser, t.ex. Moderna och Handelsbanken.[20]

Utredningen kan med hjälp av dessa uppgifter inte göra en komplett sammanställning över hur många försäkringsbolag som kan beröras av förslagen, eftersom det kan variera över tid. I dagsläget är det dock 14 bolag och det är inte troligt att det blir en allt för stor förändring av det antalet.

Som beskrivs ovan bedömer inte utredningen att förslagen behöver leda till att de privata vårdgivarna måste ta emot färre patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. För de privata vårdgivarna som redan säkerställer detta blir det inte någon förändring utan vårdgivarna kan fortsätta ta emot privatfinansierade patienter på samma sätt som tidigare. Utredningen ser därför inte framför sig att förslagen kommer att påverka förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar, vare sig mängden försäkringar som tecknas eller som utnyttjas.

Utredningen beskriver i betänkandet att för det fall försäkringsbolagen bedriver hälso- och sjukvård behöver de anmäla detta till IVO. Anmälningsskyldigheten till IVO gäller sedan tidigare och utredningen lämnar inte några nya förslag om vilka som ska anmäla till vårdgivarregistret.

Utredningens bedömning är därför sammantaget att försäkringsbolagen inte kommer att påverkas av utredningens förslag.

16.5.3 Arbetsgivare

Antalet berörda arbetsgivare

Det saknas uppgifter om vilka arbetsgivare som i dag erbjuder privat sjukvårdsförsäkring. Detta gör att det inte är möjligt att säga exakt hur många arbetsgivare som i nuläget påverkas av förslagen. Dessutom har antalet arbetsgivare som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar kontinuerligt ökat. Utredningen ser inte heller någon tendens till en minskning av antalet företag som tecknar en sjukvårdsförsäkring för sina anställda (om än en viss utplaning har skett under de senaste åren, se mer i kapitel 5). Det är dock möjligt att göra vissa

[20] Se Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring.

förenklade, grova uppskattningar av antalet arbetsgivare som erbjuder privat försäkring.

I en undersökning gjord av Företagarna anger 11 procent av deras medlemmar att de har en sjukvårdsförsäkring för sina anställda.[21] Enligt data från SCB/Ekonomifakta fanns år 2020 cirka 285 000 privata företag med minst en anställd.[22] 11 procent motsvarar cirka 31 000 företag. Dessa uppgifter är som beskrivits ovan osäkra. Beräkningarna bygger på antal företag – det kan vara så att även andra arbetsgivare än företag erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har Företagarna cirka 60 000 medlemmar, och representerar således en betydande del men långt ifrån alla företag.[23] De företag som är medlemmar är i första hand mindre företag, som i större utsträckning har privata sjukvårdsförsäkringar för anställda än större företag har. Av en rapport från 2017, som bygger på data från 2015, framgår nämligen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt arbetar på mindre företag än befolkningen i allmänhet.[24] Uppgifterna utgår dock från individer som är försäkrade, och inte från företag som erbjuder försäkring.

Av nämnda rapport framgår att de som har en privat sjukvårdsförsäkring, oavsett form av försäkring, arbetar på företag med ett medeltal om 259,2 anställda och ett mediantal om 25 anställda (att jämföra med arbetsgivare totalt där motsvarande siffror är 453,8 respektive 47). Vad gäller arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar är dessa än vanligare på mindre företag.[25]

Även företag utan anställda kan påverkas, genom att enmansföretagare betalar försäkring via sitt företag. Närmare 500 000 personer i Sverige är företagare.[26] Den exakta andelen är svår att bedöma. Om andelen företagare med försäkring motsvarar vad som gäller för anställda skulle cirka 55 000 egenföretagare ha privat sjukvårdsförsäkring. I praktiken är detta antal sannolikt högre, eftersom närmare två tredjedelar av de svarande i Företagarnas undersökning anger att de har en försäkring för sig själva. En så hög andel skulle innebära att nära hälften av alla privata sjukvårdsförsäkringar tecknades av egen-

[21] Företagarna (2021). Utredningen saknar dock uppgifter om huruvida samtliga eller endast delar av arbetstagarna erbjuds försäkring av företagen.
[22] www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.
[23] www.foretagarna.se/om-foretagarna.
[24] Palme, M. (2017).
[25] Palme, M. (2017), s. 24 f.
[26] www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Foretagare.

företagare. Andelen sjukvårdsförsäkrade kan dock vara överrepresenterade bland Företagarnas medlemmar.

Med hjälp av ovanstående information kan man dra slutsatsen att antalet företag med minst en anställd som berörs i vart fall inte borde överstiga 31 000, men att det sannolikt är ett lägre antal än så som berörs. Utredningen vill betona att detta är en uppskattning som är behäftad med mycket osäkerhet. Vad gäller antalet företag utan anställda som berörs är det mycket svårt att dra några slutsatser på grund av den osäkra datatillgången.

Förslaget om särredovisning av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar

Utredningen föreslår att arbetsgivare ska särredovisa uppgift om förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. Detta kommer att leda till administrativa kostnader för arbetsgivarna. Storleken på dessa kostnader beror på vilka administrativa rutiner som behöver utföras. Detta varierar i sin tur med vem som utför de administrativa rutinerna och hur rutinerna för att hantera förmåner ser ut i dag.

I samband med att förmånsbeskattning för privat finansierad hälso- och sjukvård infördes resonerades det i förarbetena om kostnaden för att redovisa en förmån.[27] Dessa siffror ger dock endast ledning för frågan att över huvud taget redovisa en förmån, vilket ju arbetsgivare gör redan i dag. Att särredovisa nämnda förmån torde endast innebära en marginell ökning av den administrativa bördan och kostnaderna för rapporteringen. Sammantaget bedömer därför utredningen att det inte innebär mer än marginellt ökad arbetsbörda för företagen. Givet de fördelar som kommer med insamlingen av denna uppgift, framför allt möjligheten att samköra dessa uppgifter i FASIT och FRIDA (se mer i kapitel 13.9), bedömer utredningen att en marginellt ökad arbetsbörda är rimlig och acceptabel för företagen.

Övriga förslag

Som beskrivs i kapitel 5 är det sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivaren. I likhet med vad som beskrivs ovan bedömer inte utredningens förslag att förekomsten av privata

[27] Prop. 2017/18:131 s. 43 ff.

sjukvårdsförsäkringar behöver minska, så länge som de inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Övriga förslag bedöms därför inte leda till några konsekvenser för arbetsgivarna.

16.5.4 Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårdsförsäkring

Som konstaterats ovan bedömer utredningen att förslagen inte behöver leda till att efterfrågan på eller tecknandet av privata sjukvårdsförsäkringar påverkas. De fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring bedöms därför inte påverkas av utredningens förslag.

16.6 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens förslag påverkar Socialstyrelsen, IVO och Skatteverket. Även domstolar och SCB kan komma att påverkas.

16.6.1 Socialstyrelsen

Förslaget om att införa uppgiften om finansieringsform i Socialstyrelsens patientregister kräver resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. I detta ligger även informationsinsatser om förändringarna. Det behövs information om rapporteringen beträffande syftet och nyttan med insamlingen av uppgiften om finansieringsform. Socialstyrelsen kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av exempelvis utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Avseende de tekniska förändringarna handlar det om registerutveckling, utveckling av tekniska lösningar för exempelvis rapportering och mottagande av uppgifter, samt utökade resurser för underhåll och förvaltning av det aktuella registret. Ett utökat patientregister kan även medföra en högre efterfrågan på analyser och statistik och även leda till en ökad efterfrågan på utlämnande.[28]

[28] Jfr förslaget i Socialstyrelsen 2021-2-7223.

I kontakt med utredningen har Socialstyrelsen uppgett att kostnaderna beror på om förslaget om att införa primärvården i registret kommer att genomföras och om de båda förändringarna då kan ske samtidigt. I sådana fall blir kostnaderna mindre. I annat fall uppstår kostnaderna för utvecklingsarbete och föreskriftsarbete till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor.

Anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg) får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Anslaget får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa.

Inom detta anslag hanteras de frågor som är föremål för denna utrednings förslag. Utredningen föreslår därför att resursförstärkningen till Socialstyrelsen finanserias inom ramen för anslag 1:6.

16.6.2 IVO

Anmälan till vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att anmälningsskyldigheten till IVO ska utökas och att vårdgivarregistret ska innehålla de uppgifter som anmäls. Det krävs resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. Dessutom behövs informationsinsatser om förändringarna. IVO kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av t.ex. utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Det pågår för närvarande ett internt utvecklingsarbete hos IVO med att vidareutveckla och förbättra vårdgivarregistret. Bland annat byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen. Utredningens förslag passar väl in i detta utvecklingsarbete. Utredningens förslag om vårdgivarregister torde därför inte utgöra en så stor del av IVO:s

totala kostnader för att bygga ut vårdgivarregistret. IVO har till utredningen bedömt att kostnaderna kan komma att uppgå till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor. I likhet med vad som anges ovan om finansieringen av Socialstyrelsens utbyggnad av patientregistret, föreslår utredningen att resursförstärkningen till IVO finanserias inom ramen för anslag 1:6.

Övriga förslag

Utredningen föreslår att IVO ska få förelägga den som inte följer bestämmelserna om anmälan och även få förena föreläggandet med vite. Det är svårt att bedöma hur många ärenden det kommer att bli. IVO har inte hittills använt sig av nuvarande sanktion, dvs. polisanmälan. Ett förfarande med föreläggande och vite kommer dock bli lättare för IVO att tillämpa. Utredningen bedömer att förändringen främst kommer att ha en preventiv verkan. De flesta anmälningarna till registret kommer komma till stånd utan att IVO behöver besluta om föreläggande. IVO har inlett ett utvecklingsarbete med att öka anmälningarna till registret. Detta redan pågående utvecklingsarbete tillsammans med förslaget om föreläggande och vite kommer dock leda till visst merarbete för IVO. Det kan även leda till överklaganden av beslut.

Utredningen anser att det är viktigt att IVO fortsätter sitt utvecklingsarbete med att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård och att det i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska anges att IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte. IVO har redan i uppdrag att bedriva tillsynen i förebyggande syfte och förslaget syftar till att betona och tydliggöra detta. Förslaget medför därför inte några ytterligare kostnader för IVO.

16.6.3 Skatteverket

Förslaget om att arbetsgivaren ska särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar kommer att medföra ökade kostnader för Skatteverket i form av en engångskostnad för att anpassa datasystem m.m. för hantering av förändringarna av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Skatteverket har bedömt att det inte krävs att

verket tar fram ytterligare föreskrifter på området. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och information om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationen och kontrolluppgifterna.

Skatteverket bedömer att kostnader för dessa förändringar uppgår totalt till två miljoner kronor, vilket avser kostnader både för anpassningar av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Utöver det tillkommer kostnader för Skatteverket för årliga uppdateringar. De ökade kostnaderna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.4 Domstolar

Utredningen bedömer att förslagen om nya avtalsvillkor inte torde leda till fler överklaganden av beslut om upphandlingar eller överklaganden (laglighetsprövning) enligt 13 kap. kommunallagen (2017:725).

Förslaget om att ge IVO möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite kommer att kunna medföra ökad arbetsbörda för Sveriges domstolar. Förelägganden som utfärdas av IVO kommer att kunna överklagas till förvaltningsdomstol. IVO:s eventuella ansökningar om utdömande av vite kommer också att hanteras av förvaltningsdomstolarna. Utredningen bedömer dock, som framgår ovan, att den nya sanktionen i första hand kommer att vara preventiv. Ökningen torde därför bli marginell och de eventuellt ökade kostnaderna som uppstår för förvaltningsdomstolarna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.5 SCB

Förslaget om att särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar för arbetsgivare kommer att möjliggöra nya analyser med hjälp av verktygen FASIT och FRIDA som finns hos SCB. Utredningen bedömer att förändringen inte kommer att innebära annat än marginellt ökade kostnader för SCB då verktygen redan i dag är en del av myndighetens löpande verksamhet.

16.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen, RF, framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

16.7.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Beträffande utredningens förslag om finansiering av hälso- och sjukvården gör utredningen följande bedömning. De nya bestämmelserna syftar till att tydliggöra att privata sjukvårdsförsäkringar inte kan användas för att betala för vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Det finns flera olika former av privat finansiering, varav privata sjukvårdsförsäkringar är en form. Det förekommer även att hälso- och sjukvård betalas kontant, som t.ex. abonnemang, avbetalning genom ett finansbolag eller i form av medlemskap hos en vårdgivare. Ingen form av privat finansiering av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som vårdgivare bedriver på uppdrag av regionen, kommer att vara tillåten med utredningens förslag till nya bestämmelser. Det föreslås dock undantag för de fall där det är särskilt reglerat. I dessa fall kommer regionerna sålunda fortsätta att kunna ta emot annan betalning än med offentliga medel.

I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om patientavgift som sålunda är ett undantag. Vidare kommer det fortsatt att vara möjligt att bedriva tjänsteexport enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, som finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Vad gäller övrig privatfinansiering inom regionen[29] känner utredningen inte till att den formen av finansiering är rättsligt prövad. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.[30]

Såvitt utredningen har kunnat utreda bedriver inte regionerna vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar i dag. Regler-

[29] För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 samt utredningens redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.
[30] Sådant stöd återfinns framförallt i kommunallagen (2017:725).

ingen kommer därmed inte få några omedelbara praktiska konsekvenser för regionerna. Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det uttryckligen är förbjudet. De nya bestämmelserna om finansiering skulle därför kunna anses innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen på så sätt att regionernas handlingsutrymme och valmöjlighet minskar genom att det är särskilt reglerat när regionen får ta emot privat finansiering för vård.

Mot bakgrund av att det saknas uttryckliga regler och då det i den allmänna debatten getts uttryck för en osäkerhet om vad som gäller, anser utredningen att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Bestämmelsen ger uttryck för den grundläggande tanken om att den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara just offentligt finansierad. Bestämmelsen står även i samklang med legalitetsprincipen och tanken om att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs.[31] Eftersom detta redan gäller i dag påverkar därmed den nya bestämmelsen inte den kommunala självstyrelsen.

16.7.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning. Den nuvarande bestämmelsen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet” infördes år 2005. I propositionen till den bestämmelsen finns inte några särskilda skrivningar om konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eller konsekvenser i övrigt, som skulle kunna ligga till grund för bedömningen i detta betänkande.[32]

I samband med införandet av de nya bestämmelserna i kommunallagen om uppföljning och insyn (nuvarande 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen [2017:725]) uttalade regeringen att de föreslagna bestämmelserna utgör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.[33] Regeringen uttalade vidare följande.

[31] Legalitetsprincipen regleras i 1 kap. 1 § regeringsformen och 5 § förvaltningslagen (2017:900).
[32] Prop. 2004/05:89.
[33] Prop. 2013/14:118, s. 87.

> Regeringens förslag i denna del utgår ifrån medborgarnas berättigade förväntningar att kommuner och landsting aktivt och strategiskt följer upp att de kommunala angelägenheterna som överlämnats till privata utförare sköts på ett tillfredställande sätt. En sådan uppföljning är också enligt regeringens mening central ur ett kommunaldemokratiskt perspektiv. Vidare har regeringen, utifrån utredningens arbete, kunnat konstatera att det i dagsläget finns brister i kommuner och landstings kontroll och uppföljning. De föreslagna inskränkningarna i självstyrelsen i denna del måste mot denna bakgrund anses vara nödvändiga.[34]

Utredningens syfte med de nya avtalsvillkoren är att regionerna ska kunna ta sitt ansvar som huvudmän för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att de privata vårdgivarnas övriga verksamhet inte påverkar de offentligfinansierade patienterna negativt. Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionerna upphandlar. Det handlar om information som rör just påverkan på den offentligfinansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Utan denna information och kunskap kan det vara svårt för regionerna att följa upp om de offentligfinansierade patienterna verkligen får en god och patientsäker vård. Förslaget om nya avtalsvillkor är således nödvändigt för att det eftersträvade syftet ska uppnås.

Förslaget innebär främst en förändring i hur regionerna utformar sina avtal och inverkar inte i övrigt på regionernas möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Förslaget innebär inte heller några nya skyldigheter för regionerna, utan är snarare att se som ett förtydligande av de krav som kommunallagen ställer upp, men anpassat efter hälso- och sjukvårdens område.

Utredningen har vidare, liksom den utredning som låg till grund för ovan citerad proposition, kunnat konstatera att det finns vissa brister i regionernas hantering av avtal med privata utförare, såväl vad gäller utformning av kraven i avtalen som vad gäller uppföljningen. Utredningens bedömning är att förslaget ger en ökad kunskap för regionerna om de områden som upphandlas, som kan leda till ökade möjligheter att fatta bra beslut om hur regionerna bäst kan organisera och styra verksamhet på området. Regionerna är huvudmän för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten.

[34] Prop. 2013/14:118, s. 87 f.

Detta ansvar gäller redan i dag. Förslaget om avtalsvillkor ska således ses som ett stöd för regionerna att ta det redan reglerade ansvaret. Det är också frivilligt för regionen att lämna över vården till någon annan. Regionen kan välja att bedriva vården i egen regi.

Förslaget avser de situationer där vårdgivaren har flera uppdragsgivare och således inte alla avtalssituationer. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta. Av den enkät som utredningen har genomfört framkom, som har redogjorts för ovan, att regionerna gemensamt uppgett sig ha cirka 500 avtal inom LOU (lagen [2016:1145] om offentlig upphandling) och lika många inom LOV (lagen [2008:962] om valfrihetssystem).[35] Fördelningen skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta är vidare en ögonblicksbild,[36] och antalet avtal kan variera över tid. Hur många av dessa som avser vårdgivare med andra uppdragsgivare är dessutom oklart – vissa regioner efterfrågar information om detta i dag, men flertalet gör det inte. Utredningen kan också konstatera att flera regioner redan skriver in dessa uppgifter i sina avtal. Utredningens förslag innebär således inte nödvändigtvis förändringar för alla regioner.

Regioner kan behöva justera sina mallar och stöddokument. Det handlar om relativt få justeringar av befintliga dokument. Förslaget kan medföra att regionerna kommer att utöka sin uppföljning av avtalet utifrån de nya avtalsvillkoren. Som beskrivits utförligare i kapitel 13.4 behöver avtalsvillkoren anpassas efter vad som upphandlas och dessa bedömningar behöver göras i varje enskilt fall. Detta är något som redan sker kontinuerligt i dag. Det kan handla om att det tillkommer avtalsvillkor om att regionen ska få information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare, information om vårdgivarens organisation och information om hur grundläggande bestämmelser efterlevs och andra typer av villkor som säkerställer att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar den offentligfinansierade vården. Eftersom förslagen syftar till att ge regionen bättre verktyg och förutsättningar kommer de förhoppningsvis kunna leda till en strategisk och effektiv planering och uppföljning.

Förslaget innebär sammantaget en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen genom att det reglerar att regionerna ska utforma sina avtal på hälso- och sjukvårdens område på ett visst sätt

[35] Primärvården är exkluderad i denna sammanställning, mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.
[36] Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sen enkäten samlades in.

när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. När inskränkningar i den kommunala självstyrelsen görs, innebär proportionalitetsprincipen att den för den kommunala självstyrelsen minst ingripande åtgärden ska väljas. Det förslag som har lämnats av utredningen lämnar ett handlingsutrymme till regionerna kring hur ett avtal ska utformas då bestämmelsen endast avser situationen när vårdgivaren har flera uppdragsgivare. En bestämmelse hade kunnat utformas på en rad mer ingripande sätt, exempelvis genom att detaljera i lag vad en region ska följa upp i avtalet. Genom att ge regionen det handlingsutrymme och den valmöjlighet som bestämmelsen ger, uppfylls proportionalitetsprincipen på området. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär ska också vägas mot de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose. Ett sådant nationellt intresse får anses vara att uppfylla målbestämmelserna och principerna i 3 kap. 1 § HSL vilket är ett av syftena med att regionen som huvudman ges utökade möjligheter att ta sitt ansvar för att minska riskerna för negativ påverkan för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningen bedömer att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i regionernas självstyrelse, som den nya bestämmelsen innebär. Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att förslaget om nya avtalsvillkor inte innebär något oproportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

16.7.3 Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister. Förslaget innebär således ett nytt åliggande för regionerna. Som beskrivits i detta betänkande saknas det myndighetsdata om hur vård finansieras. Förändringarna i patientregistret syftar till att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess effekter. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den (14 kap. 3 § regeringsformen).

Förslaget innebär en förhållandevis liten utvidgning av patientregistret. Förändringen av registret handlar inte om att registret utökas med ett helt nytt område som tidigare inte har varit inkluderat i registret eller att sättet att rapportera till registret förändras, utan utvidgningen handlar om att ytterligare en variabel läggs till ett redan existerande register där regionerna redan i dag rapporterar in uppgifter. Utredningen är av uppfattningen att det handlar om en engångsinsats att göra de nödvändiga tekniska förändringarna av regionernas rapporteringssystem. När det väl är gjort innebär förändringen ingen egentlig utökad arbetsbörda för regionerna avseende löpande rapportering. Förändringen av patientregistret får därmed betecknas som en relativt liten förändring för regionerna som rapporteringsskyldiga. Utredningen utgår från att Socialstyrelsen, i framtagandet av regler och riktlinjer för rapporteringen, utformar rapporteringen så enkelt som möjligt. Utredningen bedömer därmed att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett starkt begränsat ingrepp i regionens självstyrelse som den nya bestämmelsen innebär.

Angående förändringen av vårdgivarregistret ska även regioner anmäla dit. Utredningen bedömer arbetsinsatsen att anmäla till registret som liten och att ändamålet med ett bra register som mycket är till gagn för regionerna själva inte har någon påverkan på den kommunala självstyrelsen.

16.8 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet

16.8.1 Förslagens förenlighet med unionsrätten

I Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) finns regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar. Inget av utredningens förslag bedöms vara vare sig diskriminerande eller gynnande för någon eller några aktörer. Inget av förslagen kan på något sätt sägas inskränka den fria rörligheten inom EU. Förslaget om nya avtalsvillkor omfattas av det upphandlingsrättsliga området. Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling bygger på ett EU-direktiv och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, innehåller ett antal bestämmelser med EU-rättslig bakgrund. Den föreslagna bestämmelsen om nya avtalsvillkor bygger vidare på redan gällande bestäm-

melser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och kommunallagen (2017:725) och har utformats för att överensstämma med den upphandlingsrättsliga lagstiftningen. Bestämmelsen bedöms vara neutral i sin utformning och bedöms inte strida mot något EU-rättsligt regelverk. Förslagen är förenliga med de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

I kapitel 13.4.3–13.4.5 utvecklas hur de aktörer som har att tillämpa den nya bestämmelsen bör tänka kring vilka avtalsvillkor som är aktuella i olika fall och olika avtalsvillkors förenlighet med de upphandlingsrättsliga principerna. Se också kapitel 6.5–6.7 för utredningens redogörelser för vilka krav som ställs på regionerna, utredningens undersökning av hur regionerna arbetar med kravställning och uppföljning, samt utredningens slutsatser.

Utredningen anser att inte heller övriga förslag, dvs. förslagen om en förstärkt tillsyn för IVO, rapportering till patientregistret eller särredovisningen står i strid med EU-rätten.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är förenliga med EU-rätten.

16.8.2 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

I direktivet anges att utredaren ska analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet. Dessa fri- och rättigheter skyddas enligt regeringsformen, RF, och Europakonventionen[37]. De förslag som särskilt behöver analyseras är förslagen om nya avtalsvillkor, anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och rapportering till patientregistret. Utredningen bedömer att inte något av utredningens förslag inskränker användningen av någons egendom. Förslaget om nya avtalsvillkor innebär inte någon förändring mot de krav som kan ställas med stöd av gällande lagstiftning. Även anmälan till IVO:s vårdgivarregister och till patientregistret är redan i dag reglerat och berörda aktörer ska redan i dag rapportera till de registren. Förslaget om att särredovisa förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket kan innebära en viss utökad administrativ börda för arbetsgivare men förmånen redovisas

[37] Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

redan i dag tillsammans med andra förmåner till Skatteverket och bedöms inte beröra vare sig egendomsskydd eller näringsfrihet. Inget av utredningens förslag innebär någon begränsning för företag att utöva sin verksamhet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslagen är förenliga med rätten till egendomsskydd.

Angående rätten till näringsfrihet gör utredningen följande bedömning. Rätten att driva näring eller utöva yrke får, enligt 2 kap. 17 § RF, endast begränsas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att enbart ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredningens förslag om nya avtalsvillkor kan beröra näringsfriheten på så sätt att privata vårdgivare med flera olika uppdragsgivare i framtiden kommer att redovisa fler uppgifter än i dag om vårdgivarens verksamhet och om övriga uppdrag till den region vårdgivaren har ett avtal med. Det kan då innebära en viss inskränkning i näringsfriheten på det sättet att vårdgivare blir tvungna att redovisa uppgifter som annars inte hade redovisats självmant. Det ska dock framhållas att det redan i dag finns regioner som ställer krav på uppföljning av privata vårdgivare. Likt i dag sätter de upphandlingsrättsliga reglerna den yttersta ramen för avtalsinnehållet.

Utredningens förslag innebär inte att det i framtiden kommer att vara förbjudet för vårdgivare att bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det kan därför ifrågasättas om bestämmelsen överhuvudtaget inskränker näringsfriheten. Som redogjorts för i detta betänkande bedöms den nya bestämmelsen vara nödvändig för att uppnå syftet med att regionen som huvudman ska kunna ta ansvar för att målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna uppfylls. Att ge förutsättningar för att dessa målbestämmelser uppfylls får anses vara ett angeläget allmänt intresse. Bestämmelsen är allmän tills sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad.

Angående anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister gör utredningen följande bedömning. Förslaget kan beröra näringsfriheten på så sätt att vårdgivare blir skyldiga att anmäla om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om verksamheten är privat- eller offentligfinansierad vilket är en utvidgning av anmälningsskyldigheten gentemot i dag. Den utvidgning som föreslås syftar till att underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården och frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen bedöms som nödvändig för att

IVO ska kunna ta det ansvaret. En effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården bedöms som ett angeläget allmänt intresse. Eftersom detaljeringsgraden på det som anmäls inte föreslås vara så hög bedöms inte utvidgningen riskera att avslöja t.ex. affärshemligheter hos vårdgivaren eller på annat sätt vara känslig för vårdgivarna. Själva anmälan kan heller inte ses som annat än marginellt mer betungande än i dag. Bestämmelsen är allmän till sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad. Sammantaget bedöms förslaget vara en godtagbar inskränkning i näringsfriheten, om det ens bedöms vara en inskränkning.

16.8.3 Konsekvenser för jämställdhet

Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser. Utredningens förslag är könsneutrala och varken kvinnor eller män kommer att specifikt gynnas eller missgynnas av förslagen. Utredningen noterar dock att det saknas könsuppdelad statistik över personer med privata sjukvårdsförsäkringar. I rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* från 2017,[38] framgår att år 2015 var nästan två tredjedelar av de försäkrade män. Såvitt utredningen har kunnat finna har det inte skett några större förändringar i den delen.

16.8.4 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 heller till att påverka sysselsättningen.

[38] Palme, M. (2017).

17 Författningskommentar

17.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

28 a §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.6.

Av bestämmelsen framgår att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. De regler som avses är 2 kap. 1 § som avser anmälan av ny verksamhet, 2 kap. 2 § som avser anmälan av förändringar i verksamheten samt 2 kap. 3 § som innehåller bemyndigande som avser hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras. Sådana bestämmelser återfinns i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite ska bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med eventuellt vite behövs. En sådan bedömning kan t.ex. ta sin utgångspunkt i vad som framkommit i myndighetens dialog med den som ska anmäla och hur sannolikt det bedöms vara att en anmälan sker. I lagen (1985:206) om viten anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Nuvarande straffbestämmelse i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen om möjlighet att utdöma böter om reglerna om anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret inte efterlevs, upphävs.

10 kap.

13 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s beslut om föreläggande enligt 7 kap. 28 a §, dvs. att anmäla till IVO:s vårdgivarregistret enligt 2 kap. 1–3 §§, får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser, dvs. bestämmelsen i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, tillämpas.

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

7 kap.

10 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Bestämmelsen reglerar således vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård som bedrivs i *regionens egen regi*, dvs. när regionen själv är vårdgivare. Det saknas i dag uttryckliga bestämmelser om vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård och bestämmelsen ska ses som en kodifiering av vad som redan gäller.

Med *offentliga medel* avses framför allt skatter och statsbidrag. Bestämmelsen innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering.

Av legalitetsprincipen följer att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs. Regionerna har stöd i viss lagstiftning för att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

HSL, finns bestämmelser om att regionen får ta ut avgifter från patienten. I lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter finns bestämmelser om tjänsteexport. Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara fråga om t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster. Det saknas uttryckliga regler om sådan finansiering och såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för denna privatfinansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725) som reglerar detta. Om det finns stöd i lag för regionen att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel ska det således vara tillåtet.

Bestämmelsen avser finansiering av hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egenskap av vårdgivare. Den avser inte vård som bedrivs av andra vårdgivare, dvs. statlig myndighet, kommun, eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare (jfr 2 kap. 3 § HSL). Bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård som utförs på uppdrag av regionen föreslås regleras i en ny bestämmelse, 15 kap. 2 § HSL. Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av bestämmelsen. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, exempelvis med privata sjukvårdsförsäkringar.

15 kap.

2 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap. HSL. I 15 kap. 1 § regleras att regionen kan ha avtal med någon annan om att tillhandahålla sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för, vilket uttrycks som att ”utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för” i HSL. Vilka uppgifter

och vilken vård som omfattas av överlämnandet framgår i avtalet mellan regionen och vårdgivaren.

När uppgifter har överlämnats från regionen till annan enligt 15 kap. 1 §, ska de uppgifterna enbart finanseriasmed offentliga medel och vårdavgifter enligt 17 kap. HSL. Med *offentliga medel* avses den ersättning som regionerna ger till vårdgivaren och som regleras i avtalen. Avtalen omfattas av det upphandlingsrättsliga regelverket som kan vara antingen lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Bestämmelsen innebär att den vård som bedrivs av annan på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering. I 17 kap. HSL finns bestämmelser om att vårdgivaren får ta ut avgifter från patienten.

Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivares eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. Vårdgivarens övriga verksamhet kommer således alltjämt att kunna finansieras via t.ex. privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering. För det fall en patient själv vill finansiera t.ex. en del av ett ingrepp som inte omfattas av det regionen bekostar kommer den delen inte att omfattas av den vård som regionen har lämnat över till en vårdgivare. Även detta kommer således alltjämt att vara möjligt.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse, 15 kap. 3 § HSL, om att i de fall där vårdgivaren har andra uppdragsgivare än regionen, ska det anges i avtalet hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. Som beskrivs i avsnitt 13.4 föreslår utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade, dvs. utifrån vad som regleras i 15 kap. 2 § HSL.

Bestämmelser om finansiering av vård som utförs av regionen i egen regi, dvs. när regionen är vårdgivare, föreslås regleras i 7 kap. 10 §. Till skillnad från när regionen bedriver vård i egen regi (se förslaget till ny bestämmelse i 7 kap. 10 §) finns det inte något undantag från denna bestämmelse med hänvisning till vad som skulle vara särskilt reglerat i lag.

15 kap.

3 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.4.

Av *första stycket* framgår att det i avtalet ska regleras frågor som rör påverkan från vårdgivarens övriga uppdrag på den vård som bedrivs på uppdrag av regionen, dvs. bestämmelsen avser påverkan på den offentligt finansierade vården.

Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. En vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare. Uppdragsgivare kan vara en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter. Det kan således vara vård som ersätts med offentliga medel, dvs. offentligfinansierad vård, och vård som ersätts privat, dvs. privatfinansierad vård. Det finns olika former av privatfinansierad vård, bl.a. kontantbetalning av patienten och betalning av försäkringsbolag via privata sjukvårdsförsäkringar.

I avtalet ska det regleras hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte *påverkar* de uppgifter som har lämnats över från regionen. Vad som kan påverka den offentligfinansierade vården och således vilka villkor som ska anges i avtalet får anpassas utifrån avtalssituationen. Faktorer som kan påverka vården och som således ska regleras i avtalet kan röra hur vårdgivaren säkerställer att bestämmelsen i 3 kap. 1 § HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, efterlevs. Det kan t.ex. regleras frågor som rör hur vårdgivaren bygger upp sin organisation så att medicinska bedömningar och omprioriteringar kan genomföras.

Övriga villkor som bör anges är att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Ett annat villkor bör vara att det i avtalet anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade.

Med *vårdgivare* avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 3 §). I denna bestämmelse avses de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionerna, dvs. enligt 15 kap. 1 § HSL.

Av bestämmelsen i *andra stycket* framgår att det i avtalet ska framgå hur de villkor som regleras enligt första stycket, följs upp. Bestämmelser om avtal och uppföljning finns även i kommunallagen (2017:725), lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Se kapitel 15.

17.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

4 §

Av bestämmelsen framgår att behandlingen i patientregistret får avse uppgifter om finansieringsform för vården. Finansieringen av hälso- och sjukvården kan vara antingen offentlig eller privat. Privatfinansiering kan ske med privata sjukvårdsförsäkringar, kontant eller på annat sätt. Med stöd av bemyndigande har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska fullgöras, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Dessa föreskrifter behöver kompletteras så att det framgår hur uppgifterna ska rapporteras, t.ex. i vilken form och på vilket sätt, t.ex. detaljeringsgrad.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.7.

17.4 Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

2 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 7* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om hur vården är finansierad.

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 8* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. Det kan vara fråga om en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter som ersätter vårdgivaren för vården. Med *offentligfinansierad vård* avses vård om finansieras med offentliga medel såsom skatter, statsbidrag eller ersättning från regionen enligt vad som regleras i avtalet. Med *privatfinansierad vård* avses t.ex. betalning kontant från patienten eller från försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring.

Hur anmälningsskyldigheten ska utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Att vårdgivarregistret får innehålla dessa uppgifter regler i 2 kap. 3 §.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

2 kap.

3 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s vårdgivarregister ska få innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Anmälningsskyldigheten regleras i 2 kap. 1 § och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Vid ikraftträdandet kan det finnas verksamheter som pågått under en längre tid men som inte är anmälda till IVO. Anmälan ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas eller en förändring genomförs. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 och 8 patientsäkerhetsförordningen ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan. Se kapitel 15.

17.5 Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

5 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *punkten 2* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 2 § punkten 3 skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår vilket värde som ska särredovisas.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

5 kap.

2 §

Av bestämmelsen i *punkten 3* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår att det ska särredovisas om någon anställd har en förmån av privat sjukvårdsförsäkring.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

6 kap.

3 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 2* och *andra stycket punkten 3* framgår att arbetsgivaren i arbetsgivardeklarationen ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Vidare framgår att arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

17.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

1 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s verksamhet, förutom att den ska bedrivas strategiskt och effektivt, även ska bedrivas i förebyggande syfte. Ändringen är ett förtydligande av hur IVO redan arbetar bl.a. utifrån egna riskanalyser. Utredningens förslag om att uppgifter om uppdragsgivare och finansieringsform ska anmälas till vårdgivarregistret, ska ses som en del i IVO:s förebyggande arbete.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.4.

Särskilt yttrande

Ulrika Lorentzi, utredare, LO
Mikael Sandlund, senior professor/ordförande
Etikdelegationen inom Svenska Läkaresällskapet

Så här marknadsför ett försäkringsbolag sin privata sjukvårdsförsäkring i augusti 2021:

”En privat sjukvårdsförsäkring ger ett bättre skydd om du skulle drabbas av sjukdom eller skada. Är du försäkrad kan du snabbt boka vård till en specialist via vår digitala tjänst och du slipper långa kötider.”[1] Liknande beskrivningar finns på andra försäkringsbolags hemsidor.

Det står inte uttryckligen, men det är underförstått att skyddet från försäkringen är bättre än i den offentligt finansierade vården. De privata sjukvårdsförsäkringarnas säljargument är att den försäkrade kommer få vård på specialistnivå snabbt och slippa långa kötider som antas finnas i den offentligt finansierade vården.

Den som tar reda på mer om försäkringen inser att det är ett begränsat antal sjukdomstillstånd (till exempel inga akuta sjukdomar) som faktiskt betalas via försäkringen. Men sjukvårdsförsäkringarna kan också vara en snabbare ingång till det kompletta vårdutbud som finns i den offentligt finansierade vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver att en patient med privat sjukvårdsförsäkring kan få sitt behov bedömt och få en remiss snabbare än patienter i den offentligt finansierade vården och att det skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön”[2].

[1] Länsförsäkringars hemsida, hämtat 20210825.
[2] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3, s. 49.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här situation inte tydligt träffas av lagens krav på att den som har det största behovet ska ges företräde till vård, eftersom behovet först måste bedömas innan det går att ta ställning till vilket behov som är störst. Myndigheten menar dock att det kan ”ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.”[3]

Den undersökning som ingår i rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar vidare att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, fast det inte är sannolikt att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Rapporten visar även att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot patienter med båda typerna av finansiering. Detta sker trots att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slår fast att målet med hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.

Av direktivet 2020:83 Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård framgår att regeringen ser med oro på detta. Den här situationen utgör ett hot mot en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till alla medborgare efter behov. I direktivet står:

”En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.”

Det är därför regeringen ger en utredare i uppdrag 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 utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter

[3] Ibid, s. 50.

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 valt att tolka de här punkterna väldigt smalt och bortse, eller till och med ta avstånd, från bakgrundsbeskrivningen i direktivet. Konsekvensen blir att utredningen inte lägger – eller ens försöker lägga – de förslag som behövs för att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller stärka invånarnas tillit till välfärdssystemet.

Kommentarer på utredningens arbetssätt och tolkning av direktivet

Utredningen tar sig an den första punkten av uppdraget på ett både grundligt och otillräckligt sätt. Betänkandet innehåller en ingående beskrivning av hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar för den som har försäkring. De data som finns på vilka som har försäkring redovisas också och vilka fackförbund som erbjuder försäkring. Dessa data kommer huvudsakligen från försäkringsbolagens intresseorganisation.

På flera ställen beskrivs den brist på kunskap som finns om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården, men utredningen gör ingen analys av de data som finns. Till exempel visar den ojämlika socioekonomiska fördelningen av sjukvårdsförsäkringar, som utredningen redovisar till exempel i figur 5.5, hur privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till en vård som fördelas till den som har råd, inte efter behov. Det skapar en undanträngning av personer med lägre inkomster från vården och påverkar tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Men utredningen drar inga sådana slutsatser.

Utredningens analyskapitel, kapitel 11, ger beskrivningar av undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården som är orsakade av annat än privata sjukvårdsförsäkringar, bland annat vårdgarantin, vårdval och standardiserade vårdförlopp. Risken för undanträngning och längre

väntetider i offentligt finansierad vård om medarbetare inom bristyrken lämnar offentligt finansierad vård för att arbeta med försäkringsfinansierad vård nämns inte.

Den andra punkten i uppdraget tolkar utredningen så här:

”Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”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”, som att den delen framförallt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård och att de inte ska påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter.” (avsnitt 2.3.1)

Det är en smal tolkning som inte stämmer överens med den oro som uttrycks i direktivet, för att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och hur det riskerar att urholka tilliten till vården.

Tillit och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet

Frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen tas upp i avsnitt 12.3. Där beskrivs kortfattat tre olika välfärdsmodeller, utmaningar som den nordiska välfärdsmodellen står inför samt en forskningsdiskussion om huruvida marknadsreformer och den ökade privatiseringen som genomförts i välfärden de senaste decennierna underminerar modellen. Den refererade forskningen diskuterar om Sverige fortfarande har en nordisk välfärdsmodell med en generell offentligt finansierad välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov. Det finns tecken på att vi är på väg mot en grundtrygghetsmodell. Andra forskare pekar på en utveckling mot en korporativistisk modell där yrkestillhörighet eller fackförbundstillhörighet spelar stor roll för vilken välfärd du har tillgång till.

Utredningen drar dock inga slutsatser från detta utan hävdar att frågan om välfärdssystemets funktion och utformning är ”politisk”, och därmed inte del av utredningens uppdrag. Utredningen skriver: ”Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.”

Trots att direktivet tydligt pekar ut oron för att de privata sjukvårdsförsäkringarna urholkar den tillit som är en förutsättning för att det svenska välfärdssystemet ska fungera, vill utredningen alltså inte befatta sig med frågan. Den forskning som beskriver undermineringen av välfärdsmodellen visar att inget politiskt parti i Sverige öppet har argumenterat för att Sverige ska byta välfärdsmodell. Det har därmed inte funnits ett väljarstöd för ett sådant systemskifte. Utvecklingen har skett genom en kombination av underlåtelse att ta beslut, som att resurstilldelningen till hälso- och sjukvården i dag inte motsvarar behoven, och skiktning, det vill säga att ett marknadssystem med en annan logik har lagts på den generella välfärden som fördelas efter behov och långsamt ätit sig in i den och förändrat välfärdsmodellen.

Utredningens tolkning av direktivet leder till att utredningen inte ser tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet som en central del av sitt uppdrag utan som ett intresse som ska vägas mot flera andra, som enskildas självbestämmanderätt att få teckna en privat sjukvårdsförsäkring, arbetsgivarens intresse av att teckna försäkringar till sina anställda för att om möjligt minska deras sjukfrånvaro och försäkringsbolagens och vårdföretagens intresse av ekonomisk stabilitet och vinster.

Vård på lika villkor?

Att vården ges på lika villkor är grundläggande för jämlik hälsa, utjämnade av hälsoklyftor[4] och för tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Exemplet med en försäkringspatient som får en remiss till offentligt finansierad vård snabbare än den som sökt vård via den offentligt finansierade vården finns med i utredningen. Det hade varit rimligt att utredningen hade gått vidare med frågan om detta är förenligt med en vård på lika villkor och föreslagit författningsförslag eller andra åtgärder som säkerställer att försäkringspatienter inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, som det står i uppdraget. Men utredningen resonerar inte om ”remissgenvägen” är förenlig med en vård på lika villkor. De konstaterar bara att detta inte strider mot kravet på att den som har störst behov ska ha före-

[4] SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

träde till vården, eftersom den bestämmelsen gäller först när behovet är prövat.

Även när det gäller frågan om en vårdgivare får ha olika tidsgränser för offentligt finansierade patienter och försäkringspatienter väljer utredaren att enbart fokusera på om att den som har det största behovet ska ges företräde, inte målsättningen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utredningen gör följande tolkning av lagstiftning och förarbeten:

”Utredningen kan inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.” (avsnitt 8.8.2)

Med den tolkning utredningen gör av behovs- och solidaritetsprincipen kan alltså privata vårdgivare fortsätta att ha olika tidsgränser för försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter, så länge de vid mottagningen aktuella patienterna med det största bedömda behovet ges företräde. Utredningens förståelse för behovs- och solidaritetsprincipen innebär att man ser den endast som en lokal prioriteringsregel, medan plattformens avsikt var att anvisa hur prioriteringar även på övergripande nivå ska gå till. Om utredningens tolkning stämmer, så är stödet för en vård på lika villkor alldeles för svagt och behöver förstärkas. Utredningen har ett utrymme i sitt direktiv för att göra det, men nöjer sig med att slå fast att olika väntetider är tillåtet.

Agera snabbt, innan det är för sent!

Den oftast återkommande slutsatsen i utredningen är att det saknas kunskap och myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och vilka effekter de har. Eftersom försäkringarna finansierar mindre än en procent av vården (dock betydligt större andel av specialistvård inom några specialiteter och i storstadsområdena) har försäkringarna än så länge förmodligen begränsad direkt påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar är dock ett globalt fenomen och det finns lärdomar att dra från andra länder.

Flera lärdomar samt rekommendationer framåt presenterades på den policydialog med forskare från WHO och European Observatory on Health Systems and Policies som anordnades för utredningen i juni 2021. Utredningen beskriver policydialogen i avsnitt 10.8.3. Referatet är missvisande, eftersom huvudbudskapet (att det finns stor anledning att agera snabbt innan utvecklingen gör området inte längre möjligt att reglera) inte tydligt framgår. Dagen efter policydialogen anordnade Arena Idé och LO ett webinarium med delvis samma forskare[5].

Forskaren Sarah Thomson, en av redaktörerna till boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance,* utgiven av European Observatory on Health Systems and Policies 2020, konstaterade att privata sjukvårdsförsäkringar utmanar offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det går att förutse utifrån både ekonomisk teori och utvecklingen i andra länder.

Från ekonomisk teori vet vi att privata sjukvårdsförsäkringar leder till ineffektiv och ojämlik resursfördelning då försäkringsbolag välkomnar försäkringstagare med låg risk för sjukdom, och undviker kunder med hög risk att bli sjuka. Internationell erfarenhet från länder där marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar har växt visar att politiken ofta är för svag för att lyckas reglera försäkringarna och hantera de starka ekonomiska intressen som är förenade med försäkringarna. I flera länder motsätter sig försäkringsbolag och vårdföretag reformer för att skapa en jämlik, behovsbaserad vård.

Forskarna konstaterade att i en internationell jämförelse har Sverige fortfarande en mycket liten marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Om Sverige låter marknaden växa kommer vi få problem med jämlikhet och effektivitet i hälso- och sjukvården. För att problemen inte ska bli allt för stora krävs regleringar som få länder har lyckats införa. De här regleringarna måste införas innan försäkringarna har växt sig så stora att det blir politiskt omöjligt.

Sarah Thomson pekade på flera möjliga regleringar för att begränsa efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Helt grundläggande är att se till att väntetiderna i den offentligt finansierade vården kortas, men det är inte tillräckligt. Det är viktigt att försäk-

[5] Webinariet ”Är privata sjukvårdsförsäkringar ett hot mot vård efter behov?” går att se i efterhand på LOs och Arena Idés hemsidor. På Arena Idés hemsida finns en översättning av inledningskapitlet i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, ”Varför privata sjukvårdsförsäkringar?”. Hela boken går att läsa via Open access på Cambridge University Press www.cambridge.org.

ringarna inte understöds med skatteavdrag. Hon menade att det är nödvändigt att göra försäkringarna mindre intressanta för vårdgivare, till exempel genom att förbjuda vårdgivare att ta emot både offentligt finansierade och privat finansierade patienter, sätta ett tak på hur stor andel försäkringspatienter en vårdgivare som tar emot offentligt finansierade patienter får ta emot eller ha krav på att försäkringsfinansierad vård och offentligt finansierad vård inte får utföras i samma lokaler. Hon nämnde också åtgärder som minskar försäkringsbolagens möjlighet att erbjuda försäkringar med kortare väntetider till vård, till exempel begränsningar av vad försäkringarna får innehålla eller krav på att försäkringarna inte lovar kortare väntetider än i den offentligt finansierade vården.

Det här är åtgärder som utredningen hade kunnat utreda och formulera förslag om. I stället skriver utredningen att försäkringarna behöver regleras och att utredningens förslag på bättre datainsamling och mer kunskap kan vara ett första steg mot reglering. Detta stämmer, och förslagen som ska medge bättre data och ökade tillsynsmöjligheter är relevanta. Problemet är att det kommer gå flera år innan förslagen är genomförda och så pass mycket data har samlats in att det går att dra säkra slutsatser om effekterna i Sverige. Dessutom visar de internationella erfarenheterna att när effekterna av privata sjukvårdsförsäkringar är så stora att de går att mäta är risken stor att det är det inte längre är politiskt möjligt att införa regleringar.

Vi uppfattar sammanfattningsvis att Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar, S 2020:13 genomfört sitt arbete med noggrannhet, men att utredningens resultat är ofullständigt eftersom man valt en alltför smal tolkning av uppdraget, och på så sätt undvikit analyser, ställningstaganden och förslag som i sak och inom en rimlig tidshorisont skulle innebära att möta upp de i utredningens direktiv uttryckta farhågorna för en utveckling bort från behovsstyrd vård på lika villkor för hela befolkningen och på väg mot en efterfrågestyrd ojämlik vård, där patientens samhällsställning och ekonomi blir styrande. Att möta och mota en sådan utveckling i tidigt skede är också viktigt i ljuset av att det saknas stöd bland politiska partier och i väljarkåren för ett omfattande systemskifte inom hälso- och sjukvården.

Vi har som medlemmar i utredningens expertgrupp vid upprepade tillfällen under arbetets gång via muntliga och skriftliga kom-

mentarer försökt påverka arbetets inriktning, vilket tyvärr inte fått avsedda effekter.

Bakgrunden till att denna utredning tillsattes är viktig: frågan om hot mot en hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till befolkningen utifrån medicinska behov. Eftersom S 2020:13 inte levererar svar på frågan om hur hotet ska hanteras anser vi att en begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård bör utredas ånyo, och då med direktiv som lämpligen utformas än tydligare vad avser frågeställningens natur och innehåll.

Referenser

Offentligt tryck

Departementspromemorior

Ds 2016:28, *Driftsformer för universitetssjukhus*.

Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*.

Kommittédirektiv

Dir. 1992:8, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Dir. 1992:12, *Åtgärder för att stärka den lokala demokratin*.

Dir. 2015:60, *En kommission för jämlik hälsa*.

Dir. 2015:92, *Offentlighetsprincipen i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer*.

Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården*.

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

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

Lagrådsyttrande

Lagrådets yttrande, Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2017-03-16.

Propositioner

Prop. 1964:10, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om införande av brottsbalken m.m.*

Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

Prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1981/82:142, *om ändring i brottsbalken (ekonomiska sanktioner vid brott i näringsverksamhet)*.

Prop. 1984/85:77, *om koncession för försäkringsrörelse.*

Prop. 1985/86:154, *om kommunal tjänsteexport.*

Prop. 1986/87:46, *om beskattning av förmån av fri bil.*

Prop. 1992/92:43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*

Prop. 1993/94:117, *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*

Prop. 1993/94:189, *Kommunal biståndsverksamhet.*

Prop. 1994/96:182, *Beskattning av fri hälso- och sjukvård samt vissa andra förmåner.*

Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*

Prop. 1996/97:19, *Beskattning av bilförmån, m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1997/98:108, *Hälsodata- och vårdregister.*

Prop. 1997/98:109, *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*

Prop. 2000/01:36, *Sjukhus med vinstsyfte.*

Prop. 2000/01:42, *Kommuner och landsting i internationell samverkan.*

Prop. 2000/01 :147, *Offentliganställdas bisysslor.*

Prop. 2004/05:89, *Behörigheten för läkare i enskilda verksamhet, m.m.*

Prop. 2004/05:145, *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.*

Prop. 2005/06:63, *Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård.*

Prop. 2006/07:52, *Driftsformer för sjukhus.*

Prop. 2007/08:107, *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område.*

Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*

Prop. 2008/09:21, *Kommunala kompetensfrågor m.m.*

Prop. 2008/09:29, *Lag om valfrihetssystem.*

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag.*

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn.*

Prop. 2012/13:143, *Effektivare sanktioner för arbetsmiljö- och arbetstidsreglerna*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*

Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet.*

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:58, *Uppgifter på individnivå i arbetsgivardeklarationen.*

Prop. 2016/17:166, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.*

Prop. 2016/17:167, *Driftsformer för universitetssjukhus.*

Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag*.

Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 2017/18:131, *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård.*

Prop. 2017/18:158, *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*

Prop. 2017/18:159, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*

Prop. 2017/18:165, *Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan*.

Prop. 2018/19:142, *Statistik på upphandlingsområdet.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:1, *Budgetproposition för 2021.*

Regeringsbeslut och skrivelser

Regeringens skr. 2002/03:22, *Återkallelse av propositionen Sjukhus med vinstsyfte; förlängd giltighet av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2002/03:9)*.

Regeringsbeslut, *Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*, S2020/05634/FS (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på Hälsodataområdet*, S2021/05369 (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*, S2021/06332 (delvis).

Riksdagstryck

Socialutskottets bet. 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.* Rskr. 1996/97:186.

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.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU21, *Driftsformer för universitetssjukhus*. Rskr. 2016/17:323.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU22, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. Rskr. 2016/17:284.

Finansutskottets bet. 2017/18:FiU44, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet*. Rskr. 2017/18:357.

Socialutskottets bet. 2020/21:SoU16, *Hälso- och sjukvårdens organisation m.m.* Rskr. 2020/21:327.

Utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Betänkande av Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.

SOU 1975:75, *Medborgerliga fri- och rättigheter – Regeringsformen*. Betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning.

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*. Betänkande av Prioriteringsutredningen.

SOU 2000:80, *Offentligt anställdas bisysslor*. Betänkande av Bisyssleutredningen.

SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Betänkande av Prioriteringsdelegationen.

SOU 2001:57, *Välfärdens finansiering och fördelning*. Betänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.

SOU 2002:31, *Vinst för vården*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.

SOU 2003:23, *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.

SOU 2008:125, *En reformerad grundlag.* Betänkande av Grundlagsutredningen.

SOU 2012:75, *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden.* Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.

SOU 2013:2, *Patientlag*. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.

SOU 2013:23, *Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna*. Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.

SOU 2013:38, *Vad bör straffas?.* Betänkande av Straffrättsanvändningsutredningen.

SOU 2013:53, *Privata utförare – kontroll och insyn.* Delbetänkande av Utredningen om kommunallag för framtiden.

SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Betänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.

SOU 2015:7, *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.

SOU 2016:37, *Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd*. Betänkande av Utredningen om rätten till en personförsäkring.

SOU 2016:62, *Ökad insyn i välfärden*. Betänkande av Utredningen om ökad insyn i välfärden.

SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*. Betänkande av Välfärdsutredningen.

SOU 2017:37, *Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra*. Betänkande av Utredningen om organiserad och systematisk ekonomisk brottslighet mot välfärden.

SOU 2017:38, *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning*. Betänkande av Välfärdsutredningen.

SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.* Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

SOU 2018:39, *God och nära vård En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2018:48, *En lärande tillsyn Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.* Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

SOU 2018:52, *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård-och omsorgsanalys.* Betänkande av Socialdataskyddsutredningen.

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*. Slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.

SOU 2019:15, *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog*. Delbetänkande av KAM-utredningen.

SOU 2019:29, *God och nära vård Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

SOU 2019:56, *Idéburen välfärd.* Betänkande av Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden.

SOU 2020:15, *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS.* Slutbetänkande av Utredningen om offentligt-privat samverkan, styrning och kontroll.

SOU 2020:19, *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

SOU 2020:44, *Grundlagsskadestånd – ett rättighetsskydd för enskilda*. Betänkande av Kommittén om Grundlagsskadestånd.

SOU 2020:46, *En gemensam angelägenhet*. Betänkande av Jämlikhetskommissionen.

SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:4, *Informationsöverföring inom vård och omsorg*. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Rapporter och litteratur

Allin, S., Marchildon, G. och Merkur, S. *Canada – Health system review,* Health Systems in Transition, Vol. 22, No 3. 2020, North American Observatory on Health Systems and Policies, och European Observatory on Health Systems and Policies.

Anell A., *Vården är värd en bättre styrning*, SNS, 2020.

Beauchamp TL. och Childress JF., *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 2001.

Bergwall P., *Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare – A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors,* doctors-avhandling, Lunds universitet, 2021.

Blomqvist P. och Palme J., *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990,* Social Inclusion, 2020, Volume 8, Issue 1.

Blomqvist P., *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?* Statsvetenskaplig tidskrift, årgång 118, 2016.

Borchsenius, V. och Hansen, J. V. (2010), *Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?*, Forsikring & Pension, Analys-rapport 2010:6.

Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*, 2020.

Eckerberg, P. J., *Vad är försäkring, egentligen?* Juridisk Publikation 2/2010 s. 151–173.

Esping-Andersen G., *Three worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Polity Press, 1990.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Voluntary health insurance in Europe – Country experience,* 2016.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, 2020.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2014:5, *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*.

Folkhälsomyndigheten, *Rekommendation om vaccination mot covid-19*, 2020-12-23.

Företagarna, *Sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsplaner*, februari 2021.

Grepperud, S., *Private behandlingsforsikringer – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling*, Working paper 2018:2, University of Oslo, 2018.

Grøndahl, I., *Naturalytelser – skattepliktig eller ikke?*, Visma, 2021.

IVO, *Analys av regelverket för tillståndsprövning – Slutrapport av regeringsuppdrag,* IVO 2021-4.

IVO, *Budgetunderlag 2022–2024*, mars 2021, IVO 2021-3.

IVO, *Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare*, oktober 2020. IVO 2020-11.

IVO, *Förstudie – Prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter*, oktober 2020. (IVO förstudie 2020.)

IVO, *Mot ett datadrivet arbetssätt – En analys av möjligheterna att förenkla ägar- och ledningsprövningen och tillgängliggöra omsorgsregistret,* november 2020. IVO 2020-12.

IVO, *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott,* delrapport december 2020. (IVO delrapport 2020.)

IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården – Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.* IVO 2021-7.

IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* mars 2021. IVO 2021-2.

Katalys, *Privata sjukvårdsförsäkringar bryter mot lagen,* Katalys No 84, 2020.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., och Karanikolos, M. *Finland – Health System Review,* Health Systems in Transition, Vol. 21, No. 2, 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.

Konkurrensverket, *Regioners upphandlingar av vårdpersonal – En uppföljning av utvecklingen sedan 2015*, Rapport 2020:4.

Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. *Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden.* Health Policy 123, s. 737–746, 2019.

Kullberg, L., Blomqist, P. och Winblad, U. *Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden?*, Health Economics, Policy and Law, 2021.

Lapidus J., *Indirect and Invisible Regulations Set in Stone: A Driving Force behind the Rise of Private Health Insurance in Sweden,* The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 691, 2020.

Lerwall, L., *Rapport till SMER, Egen- och medfinansiering i vården,* 2014-06-27.

LO, PTK och Svenskt Näringsliv, *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? – En rapport om företags användning av företagshälsovård och andra expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering*, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2014:3 *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:5 *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:6 *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:3 *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:7 *Styra mot horisonten Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2021:4 *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.

Olesen, J. D., *Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark.* Journal of Public Policy, 29[3], s. 274–275, 2009.

Palme M., *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys,* Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, särtryck av del 5, 2017.

Pedersen, M. S. och Arendt, J. N., *Can health promotion in the workplace save public money? Evidence from a quasi-experiment in Denmark*, Health Economics Papers, 2012.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2019:1 i Prioriteringscentrums rapportserie 2:a upplagan, *Beslutsstöd för prioriteringar på individnivå – exempel från hjälpmedelsverksamhet*.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2015:3, *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*.

Ratio, *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*, Collin, E., Lundbäck, M. och Karlsson, N. Rapport nr 2, Ratioakademiens sjukvårdsprojekt. Augusti 2021.

Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringskansliet, 2020. *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringskansliet, 2021. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 – Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Region Gävleborg, Revisionsrapport, *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, PWC, 2019.

Region Jämtland Härjedalen, *Årsredovisning 2018*.

Region Skåne, Etiska rådet, *Yttrande rörande medfinansiering av hörapparater*, 2020-02-17.

Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, PWC, 2019.

Region Stockholm, *Regelverk för rapportering av vårdkontakter 2021*, HSN 2020-1419, 2921.

Region Stockholm, *Tillämpningsanvisningar för bisyssla*, LS 2017-1339.

Region Stockholm, *Tio år av vårdval,* HSN 2017-1485.

Region Stockholm, *Årsredovisning 2019*, RS 2019-0242.

Region Sörmland, *Bisyssla – regler inom Landstinget Sörmland*, RegLS-LED16-1660-1.

Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, rapport 6–19.

Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, Revisionsrapport, PWC, 2017.

Riksrevisionen, Rapport 2014:22, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22)

Riksrevisionen, Rapport 2017:3, *Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* (RiR 2017:3).

Riksrevisionen, Rapport 2019:33, *Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder*, (RiR 2019:33).

Roemer MI., *Bed supply and hospital utilization: a natural experiment.* Hospitals 35, 36–42, 1961.

Rothstein B., *Vad bör staten göra?: om välfärdsstatens moraliska och politiska logik,* 1994.

SCB, *FASIT Användarhandledning*, grundår 2019, HE0106.

SKR, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020,* 2021. (SKR 2021).

SKR, *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling*, 2012. (SKR 2012).

SKR, *Överenskommelse om samverkan mellan SKR och industrins företrädare avseende kvalitetsregister*, 2020. (SKR 2020).

SKR, *Översyn av de Nationella Kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården – förslag till gemensam satsning 2011–2015*, 2010. (SKR 2010).

Smer, Rapport 2014:1. *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter*.

Socialstyrelsen, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, januari 2006, artikelnr 2006-101-2.

Socialstyrelsen, *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin*, dnr 13865/2020, version 2.0.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL –Stöd för styrning och ledning*, december 2020, artikelnr 2020-12-7135.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.

Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, slutrapport del 2*, april 2019, artikelnr 2019-4-1.

Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, juni 2019. (Socialstyrelsen 2019).

Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården – En baslinjestudie*, november 2015, artikelnr 2015-10-5.

Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 – Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen,* delrapport december 2020, artikelnr 2020-12-7066.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården,* februari 2021, artikelnr 2021-2-7223.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, maj 2012, artikelnr 2012-5-16.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, maj 2013, artikelnr 2013-5-30.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat,* januari 2019, artikelnr 2019-1-20.

SOM-institutet, *Individuella skillnader i hamstring och social distansering under coronapandemin i Sverige,* SOM-undersökningen om coronaviruset, 2020.

SOReg:s årsrapport 2019, *del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer*, publicerad maj 2020.

Sperre Saunes, I., Karanikolos, M. och Sagan, S., *Norway – Health System Review,* Health Systems in Transition, Vol. 22, No. 1 2020. Norwegian Institute of Public Health och European Observatory on Health Systems and Policies.

Statskontoret, *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*, 2019.

Statskontoret, *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020.

Stephansen, C. G. (2012), *Sundhedsforsikringers effekt på sygefravaeret og samfundsökonomien*, Forsikring & Pension, Analysrapport 2012:7.

Svenska Läkaresällskapet, *Professionell granskning och klinisk revision*, slutrapport juni 2020.

Søgaard, R., Pedersen, M. S., och Bech, M. (2013). *To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?* Health Policy, 113(1), s. 61–68.

Timbro, *Egenfinansiering i vården – decenniets valfrihetsfråga.* 2021.

Tuorila, H. *Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveysmarkkinoilla.* Kilpailu- ja kuluttajavirasto / Konkurrens- och konsumentverket, 2019.

Tynkkynen, L-K., Alexandersson, N., Kaarboe, O., Anell, A., Lehto, J. och Vrangbaek, K. (2018). *Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country specific contextual factors.* Health Policy, 122, s. 485–492.

Upphandlingsmyndigheten, *Uppdrag att främja innovationsupphandling genom stöd i form av upphandlings- och innovationskompetens för beställare*, rapport 2019:3.

Valtonen, H., Kempers, J. och Karttunen, A., *Supplementary health insurance in Finland Consumer preferences and behaviour*. Kansaneläkelaitos/Folkpensionsanstalten, 2014.

Winblad, U. och Andersson, C. *Kåren och köerna – En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.* Rapport 2010:09.

Winblad U., Isaksson D. och Blomqvist P., *Preserving social equity in marketized primary care: strategies in Sweden*, Health Economics, Volume 16, Issue 2, April 2021, s. 216–231.

Västra götalandsregionen, *Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen*, KPMG 2017, dnr REV 2016-00167.

Medietryck och debattartiklar

Arbetsvärlden, *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: ”Som att tro på tomten”,* 4 april 2020.

Dagens Medicin, *Fler betalar sig förbi vårdkön*, 5 april 2019.

Dagsavisen, *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, Heidi Taksdal Skjeseth, 11 februari 201.

Dagens Nyheter *Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård*, av Heidi Stensmyren, ordförande i Sveriges Läkarförbund, och Kar-Petter Thorwaldsson, ordförande LO, 5 december 2019.

Dagens Nyheter, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 16 december 2019.

Dagens Nyheter, *Ingen talar om att Sverige inte längre är en välfärdsstat*, av D. Barr och J. Palme, 21 december 2020.

Dagens Nyheter, *Välbärgades gömda välfärd raserar den offentliga vården*, av J. Lapidus, 6 september 2019.

Dagens Nyheter, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ...förklaringen*, 24 oktober 1994.

Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.

Göteborgs-Posten, *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån*, 21 augusti 2020.

Läkartidningen, Hermerén och Sahlin, *Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar Värderingarna ska normera praxis*, 2018;115:E6DU.

Läkartidningen, Sandman, Davidsson, Helgesson och Juth, *Etiskt problematiskt att begränsa rollen för kostnadseffektivitet Begränsad roll kan leda till godtycke och strida mot andra principer för prioriteringar i vården*, 2018;115:E4EH.

Nerikes Allehanda, *Jennifer Mayer: Vad är det egentligen som händer inom regionen?*, 20 december 2020.

NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, Magnus Torvald Bratten, 20 juli 2017.

Piteå-Tidningen, *Få bisysslor anmäls – trots kritiken*, 28 december 2020.

Retriever. Sökning i Retrievers mediearkiv på artiklar som omnämner privat sjukvårdsförsäkring i tryckt press, webb och TV/Radio. Sökningen avser perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

Syre, *Unionen: Det finns en önskan om snabbare vård*, 18 december 2020.

Upsala Nya Tidning, *Regiondirektören om extraknäck: "Fel signaler"*, 20 december 2020.

Rättsfall

Arbetsdomstolen

AD 1999 nr 27.

AD 2020 nr 9.

Övriga rättsfall

EU-domstolens dom den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel*.

Supreme Court of Canada, Chaoulli v. Quebec (Attorney General), 2005 SCC 35, [2005] 1 SCR 791.

Övrigt

Commonwealth fund. *International Health Care System Profiles – Norway* [online, april 2021]: www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway (Commonwealth fund, Norge).

Commonwealth fund. *The Canadian healthcare system* [online, april 2021]: https://international.commonwealthfund.org/countries/canada (Commonwealth fund, Kanada).

Commonwealth fund. *The Danish healthcare system* [online, april 2021]: https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/ (Commonwealth fund, Danmark).

Datainspektionens yttrande över Välfärdsutredningens slutbetänkande Kvalitet i välfärden (SOU 2017:38), dnr 1243-2017.

Ekonomifakta, antal företag i Sverige [online, juli 2021]: www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 av den 5 november 2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskydds-förordning).

Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Eurostat. *Population on 1 January by age and sex* [online, april 2021]: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=en.

Finans Norge *Behandlingsforsikring* [online, april 2021]: www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring.

Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer* [online, april 2021]: www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/hovedoversikt.

Finanssiala, (2020*) Tilasto sairauskuluvakuutus 2009-062020* [online, april 2021]: www.finanssiala.fi/wp-content/uploads/2020/10/FA-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-062020-1.pdf.

Finanssiala, (2021) *Sairauskuluvakuutustilastot* [online, april 2021]: www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskuluvakuutustilastot/#/.

Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5* [online, april 2021]: www.finanstilsynet.dk/Tilsyn/Tilsynsreaktioner/Afgoerelser/Afgoerelser-1999/Lov-om-forsikringsvirksomhed-5.

FINE, (2019) *Opas aikuisten sairauskuluvakuutuksista* [online, april 2021]: www.fine.fi/julkaisut/julkaisu/opas-aikuisten-sairauskuluvakuutuksista.html.

Forsikring & Pension. *Find din Gruppe* [online, april 2021]: www.sygeforsikring.dk/grupper.

Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer* [online, april 2021]: www.forsikringogpension.dk/statistik/sundhedsforsikringer.

Företagarna, [online, juli 2021]: www.foretagarna.se/om-foretagarna.

Government of Canada. *Canada's Health Care System* [online, april 2021]: www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html.

If, *Information vedr. Vilkårstekster* [online, april 2021]: www.if.no/globalassets/no/bedrift/dokumenter/samarbeidsavtaler/helseforsikring-vilkaar.pdf.

Kajantie, M., *Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän - selvä enemmistö jää tappiolle.* Tieto & Trendit, Tilastokeskus/Statistikcentralen, 2019. [online, april 2021]: www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/yksityisia-sairauskuluvakuutuksia-hankitaan-yha-enemman-selva-enemmisto-jaa-tappiolle.

IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.

Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008 av den 28 november 2007 om ändring av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV) samt av Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/17/EG respektive 2004/18/EG om förfaranden vid offentlig upphandling, när det gäller revidering av CPV.

Konkurrensverkets remissvar på Ds 2016:29, S2016/05391/FS, dnr 503/2016.

Konkurrensverkets yttrande över Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna (SOU 2020:41), 2020-11-12, dnr409/2020.

Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring, [online, juli 2021]: www.konsumenternas.se/forsakringar/personforsakringar/sjukvardsforsakringar.

Kvalitetsregister.se [online, juli 2021]: https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html.

Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29, dnr LD16/02947.

Landstinget Värmlands remissvar på Ds 2016:29, dnr LK/162148.

LO:s remissvar på Ds 2016:29.

LO:s kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet.

PRO:s remissvar på Ds 2016:29.

Québec Health Insurance Act. [online, juni 2021]: www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/A-29.

Region Skånes remissvar på Ds 2016:29, dnr 1602915.

Region Uppsala, Vårdstyrelsen. Sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård.

Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 26 februari 2020, §19/20.

Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20.

Region Örebro läns remissvar på Ds 2016:29, dnr 16RS4510.

Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring*, (2012) [online, april 2021]: https://skat.dk/SKAT.aspx?oid=2041964.

Skatteförvaltningen/Verohallinto, (2017) *Beskattning av en sjukvårdsförsäkring som arbetsgivaren har tecknat* [online, april 2021]: www.vero.fi/sv/Detaljerade_skatteanvisningar/anvisningar/4837/beskattning-av-en-sjukvardsforsakring-som-arbetsgivaren-har-tecknat.

Skatteverkets ställningstagande *Förmån av hälso- och sjukvård*, dnr 202 340340-18/111.

Skatteverkets ställningstagande, *Beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån*, dnr 202 259391-19/111.

SKR:s hemsida, [online, juli 2021]: https://skr.se/skr.25.html.

SKR:s remissvar på Ds 2016:29, dnr 16/04412.

ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar.

Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet* [online, april 2021]: www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen.

Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.

Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29, dnr LS 2016-1015.

Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikrings-vilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* [online, april 2021]: www.storebrand.no/filbibliotek/_/-attachment/inline/ 2ca10c62bc30-4603-a032-a726aba53799/ vilkar-helseforsikring-tegnet-etter-nov-2009.pdf.

Svensk Försäkrings branschstatistik nr 1/2017 – 4e kvartalet 2016.

Tryg, Behandlingsforsikring Dekningsvilkår [online, april 2021]: www.tryg.no/odpdf?vilkNr=05UUL41801&vilk=Behandlingsforsikring-Dekningsvilkaar.

Uppsala Universitets remissvar på Ds 2016:29, dnr UFV 2016/1552.

Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet 2019-12-18, UHM-2019-0284.

Villkorsavtal-T mellan Arbetsgivarverket och Saco-S, i lydelse från och med 2013-06-01, med ändringar och tillägg till och med 2018-11-28.

Visions förbundsmöte den 24–26 september 2020. *Motion 53 Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*.

Vård- och omsorgsanalyas remissvar på Ds 2016:29.

Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.

Västra Götalandsregionen, Regionfullmäktiges beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård, RS 2020-03968).

WHO (2018). *Global Health Expenditure Database (GHED)* [online, april 2021]: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

Kommittédirektiv 2020:83

Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 20 augusti 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredaren ska föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

Uppdraget att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, lagfästs huvudprinciper för svensk hälso- och sjukvård. 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 mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen kommer till uttryck i 3 kap. 1 § andra stycket HSL där det anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffektivitetsprincipen kommer till uttryck i 4 kap. 1 § HSL enligt vilken offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, se propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60 s. 21). Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

Regeringen gav den 16 januari 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. Myndigheten redovisade sitt uppdrag i rapporten Privata sjukvårdsförsäkringar (2020:3). I rapporten konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och vården, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Regeringen ser med oro på den rådande situationen. En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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,
- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
- analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Konsekvensbeskrivningar

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Konsekvenserna av utredarens förslag ska redovisas i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i sitt arbete föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.
80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården
– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]
Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]
En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
Högskoleprovets organisation och styrning. [72]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0228-0 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Julia Norsk