

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 alltså 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 anmälningskyldigheten 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 offentlig-rättsliga 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 välfärds-samhället 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 alltså 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 förelägganden 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.