

Privata sjukvårdsförsäkringar
inom offentligt finansierad
hälso- och sjukvård



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24488-3

ISSN 0284-6012

Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag som syftar till att förtydliga att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska avtalet innehålla villkor om detta.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.



Innehåll

Promemorians huvudsakliga innehåll	1
1 Författningsförslag.....	5
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	5
2 Inledning.....	7
3 Gällande ordning.....	11
3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården	11
3.1.1 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården	11
3.1.2 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)	12
3.1.3 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård	13
3.1.4 Kontroll av privata vårdgivare.....	14
3.1.5 Tillsyn över hälso- och sjukvården.....	15
4 En god hälsa och en vård på lika villkor	17
4.1 Den etiska plattformen.....	17
4.2 Socialstyrelsens riktlinjer om god vård.....	18
4.2.1 Jämlig vård	19
4.2.2 Åtgärder för att åstadkomma en jämlig vård	20
5 Hälso- och sjukvårdens finansiering.....	21

5.1	Allmänt om sjukvårdens finansiering.....	21
5.1.1	Avgifter inom hälso- och sjukvården.....	22
5.1.2	Privata sjukvårdsförsäkringar	23
5.1.3	Övrig finansiering	24
5.1.4	Tidigare reglering och pågående utredning om offentlig finansiering av privat utförd hälso- och sjukvård.....	25
5.1.5	Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster	26
5.2	Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar.....	26
5.2.1	De privata försäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet	27
6	Överväganden och förslag	31
6.1	Vård efter behov och på lika villkor	31
6.2	Förslagens förenlighet med unionsrätten	36
6.3	Behov av uppföljning.....	37
7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	39
8	Konsekvenser	41
8.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	41
8.2	Ekonomiska konsekvenser.....	42
8.3	Konsekvenser för företag.....	42
8.4	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män	43
9	Författningskommentar	45

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹

dels att 3 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 2 j §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 j §

Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts.

3 §²

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2014:572.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *därvid* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *då* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. *Avtalet ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt 2 j §.* En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2017.

2. Bestämmelsen i 2 j § tillämpas även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

3. För avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den äldre lydelsen. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den nya lydelsen.

2 Inledning

En grundläggande utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Resurserna ska i första hand fördelas till de områden där behoven är störst.

Uppföljningar av hälso- och sjukvården visar dock att det, i flera avseenden, finns brister i jämlikheten. Ett problem är t.ex. att tillgången till vårdinsatser påverkas av socioekonomiska förhållanden såsom skillnader mellan utbildnings- och inkomstnivåer samt av patientens kön. Detta avspeglar sig bland annat i den återstående medellivslängden i olika grupper. Medellivslängden är fem år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med de som enbart har förgymnasial utbildning.¹ Hälsoskillnader innebär i sin tur olika behov av både vård och preventiva åtgärder.

Att komma till rätta med ojämlika villkor för hälsa och sjukvård är en prioriterad fråga för regeringen. Alla ska ha tillgång till vård på lika villkor oavsett t.ex. kön, social och ekonomisk status samt bostadsort. Det är en förutsättning för att skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället ska minska.

Ansvar för att alla som är bosatta inom ett landsting erbjuds en god hälso- och sjukvård faller primärt på landstinget. Även om det ankommer på landstingen att besluta i frågor som rör detta ansvar är bedömningen att allas tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård är av sådan väsentlig betydelse för välfärden i landet som helhet att statliga åtgärder när det gäller utökad reglering av vårdens organisering och finansiering i vissa fall måste kunna komma i fråga.

Vårdsystemets resurser och insatser ska som tidigare nämnts fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller

¹ Öppna jämförelser – jämlik vård 2013, Socialstyrelsen

grupperns betalningsförmåga. Utvecklingen i vården går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar leda till att principen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en rangordning som tar hänsyn till patientens försäkringsöverenskommelse. I regeringsförklaringen 2014 aviserades därför att principen att vård ska fördelas efter behov ska hävdas. Privata försäkringspatienter ska inte gå förbi den offentligfinansierade vårdkön.

Regeringen har tagit flera initiativ som syftar till att reglera att de aktörer som verkar i välfärden har verksamheten som främsta drivkraft och inte vinstintresset. Den 5 mars 2015 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 oktober 2016.

Det pågår dessutom ett arbete inom Regeringskansliet med att ta fram en lagrådsremiss med förslag om att ett stärkt meddelarskydd ska införas i skola, vård och omsorg som är enskilt bedrivna men offentligt finansierad.

Ovanstående initiativ och förslagen i denna promemoria bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om vinster i välfärden.

Den 22 juni 2016 beslutade regeringen att överlämna lagrådsremissen En ny hälso- och sjukvårdslag till Lagrådet. I remissen föreslås att en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 ska ersätta den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. I denna promemoria har förslagen i lagrådsremissen inte beaktats. Ändringar föreslås i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen.



3 Gällande ordning

3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses, enligt HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 § HSL). Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården 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. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Liknande bestämmelser finns även i patientlagen.

3.1.1 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till

vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL). Landstingen ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting (9 kap. 1 §). Av 4 § andra stycket HSL följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. I kommunernas ansvar ingår emellertid inte hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (3 § andra stycket och 18 § HSL). Landstingen ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL).

3.1.2 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)

Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har landstingen en relativt stor frihet att själva organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan landstinget välja att antingen bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, främst privata och ideella, vårdgivare för viss verksamhet.

Av 12 kap. 4 § regeringsformen (förkortad RF) framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en

juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900). I HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av 3 § HSL. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Även om ett landsting överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat eller ideell vårdgivare har landstinget kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Landstinget har bl.a. en skyldighet att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som gäller för verksamheten.

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.

Hälso- och sjukvård kan också bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. Inte heller i dessa fall ansvarar landstinget för verksamheten.

3.1.3 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Under 2014 uppgick landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården till 208 miljarder kronor. Landstingen producerade själv 78 procent av verksamheten och köpte verksamhet¹ för 22 procent eller cirka 47 miljarder kronor. Detta är en ökning med nästan 5 procentenheter då landstingen köpte verksamhet för 18 procent av nettokostnaderna 2006.

Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av nettokostnaden 2014 och köpen från

¹ Med köp av verksamhet avses landstingen och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner.

offentliga utförare från 7 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag.

På motsvarande vis står privata företag för merparten av den verksamhet som landstingen köper från privata vårdgivare, cirka 96 procent. År 2014 bedrevs mer än hälften, 58 procent, av den köpta verksamheten inom hälso- och sjukvården av privata företag; motsvarande uppgift 2006 var 55 procent. Kostnaden för köp av hälso- och sjukvård från staten uppgick 2014 till drygt 1,7 miljarder kronor.²

Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patient-säkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla ny hälso- och sjukvårdsverksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I dag är det dock inte möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Registret är nämligen inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret täcker ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i registret.³

3.1.4 Kontroll av privata vårdgivare

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare följer de föreskrifter som finns på området samt de andra krav som följer av det avtal som slutits med den privata vårdgivaren. Detta regleras i 3 kap. 19 § kommunallagen. Landstinget ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (19 a § samma kapitel).

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs

² Köp av verksamhet 2014 Kommuner, landsting och regioner 2006-2014, SKL 2015

³ SOU 2015:7, s. 127

av privata vårdgivare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (19 b § samma kapitel).

3.1.5 Tillsyn över hälso- och sjukvården

Även staten har visst ansvar för kontroll av hälso- och sjukvården. IVO ansvarar för tillsyn över främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (förkortad LSS) samt viss tillståndsprövning. I tillsynsuppdraget ingår handläggningen av anmälningar, t.ex. enligt lex Sarah och lex Maria.

Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att granska all verksamhet. Ansvaret för att bedriva god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.



4 En god hälsa och en vård på lika villkor

Målen för 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. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.

4.1 Den etiska plattformen

I HSL lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden för prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården.¹ 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. Riktlinjerna och plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och 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- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.

¹ Prop. 1996/97:60; bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186

- 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- och solidaritetsprinciperna ligger till grund för bestämmelserna i 2 § 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.

Kostnadseffektivitetsprincipen, som har lagfästs i 28 § HSL, är underordnad de båda andra principerna.² Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till, eller försämrar kvaliteten av vården av 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.

För några år sedan pågick det en diskussion om behovet av en eventuell översyn av den etiska plattformen. Socialstyrelsen, Prioriteringscentrum och Statens medicinsk-etiska råd (SMER) uttalade sig bl.a. i frågan. Efter att dessa tre instanser redogjort för sina synpunkter meddelade den föregående regeringen att riksdagens etiska plattform ligger fast. Den dåvarande regeringen föreslog således inga förändringar.

4.2 Socialstyrelsens riktlinjer om god vård

God vård är ett samlingsbegrepp som lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem

² Prop. 1996/97:60 s. 21.

för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Begreppet redogör för vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård. Dessa områden är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Socialstyrelsen har tagit fram en samlad uppsättning nationella indikatorer för God vård som används för återkommande öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården.³

4.2.1 Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bl.a. bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Av HSL följer att en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor ska prioritera de som har störst behov av vård.

Jämlik vård har direkt koppling till den etiska plattformen och de tre principer som slagits fast av riksdagen i syfte att vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Trots goda förutsättningar i ett internationellt perspektiv har utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige visat på relativt betydande regionala såväl som olika typer av sociala skillnader i både hälsa och vård.

³ Socialstyrelsens rapport Nationella indikatorer för God vård, 2009

4.2.2 Åtgärder för att åstadkomma en jämlik vård

I vilken utsträckning hälso- och sjukvården uppnår målet om en jämlik vård följs på nationell nivå genom olika rapporteringar. Varje år publiceras s.k. öppna jämförelser av resultat och kvalitet mellan landstingen och mellan olika grupper i samhället. Därutöver publicerar flera myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapporter med koppling till jämlik vård. Dessa rapporteringar har visat på skillnader, t.ex. regionala variationer och socioekonomiska skillnader, i vården.

Att det finns vissa typer av skillnader i vården är naturligt för att åstadkomma en utveckling av effektivitet, kvalitet och resultat i vården. Det är när skillnaderna är omotiverade eller funnits över omotiverat lång tid som det är angeläget att vidta åtgärder för att vården ska bli mer jämlik.

Världshälsoorganisationen, WHO, lyfter fram följande övergripande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

- Solidariskt finansierad vård med hög tillgänglighet för alla medborgare
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- Ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Tillgänglighet och uppmärksammande av behov hos utsatta grupper förutsätter att vården organiseras och planeras på ett ändamålsenligt sätt.

Att komma till rätta med ojämna villkor för hälsa och sjukvård är en prioriterad fråga för regeringen. Alla ska ha tillgång till vård på lika villkor oavsett bostadsort och social och ekonomisk status. Ett antal initiativ har tagits när det gäller att uppnå en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. Som exempel kan arbetet som utförs på områdena cancer, psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar nämnas, liksom insatser för att utveckla kunskapsstöd och styrning med kunskap.

5 Hälsa- och sjukvårdens finansiering

5.1 Allmänt om sjukvårdens finansiering

Den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter. Som offentligt finansierad vård avses även sådan vård som finansieras av stat eller kommun men som landsting är skyldiga att erbjuda enligt HSL eller annan reglering, t.ex. lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Hälso- och sjukvården finansieras främst genom landstings- skatten (cirka 70 procent), men också via generella och special- destinerade statsbidrag till landstingen (cirka 20 procent). Taxor och avgifter står för cirka fyra procent av landstingens intäkter. Landstingen har stor frihet i hur de ska finansiera vården inom respektive landsting.

En liten del av vårdtjänsterna finansieras genom sjukvårds- försäkringar, vilket beräknas utgöra knappt en procent av de totala vårdkostnaderna.¹

Privata vårdgivare i Sverige får, med några få undantag, sina huvudsakliga inkomster från offentliga medel. Det rör sig om verksamheter som bedrivs på uppdrag av landsting inom ett av följande områden:

- Primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem (förkortad LOV)
- Verksamheter som bedrivs på entreprenad, upphandlade enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (förkortad LOU)

¹ Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick, Svensk försäkring 2013

- Verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Vid en upphandling följer ersättningen av avtalet och när det gäller läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val av utförare.

5.1.1 Avgifter inom hälso- och sjukvården

Landstingen får ta ut avgifter för de tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som landstingen är skyldiga att tillhandahålla, får de ta ut avgifter bara om det är särskilt föreskrivet. Landstingen får inte ta ut högre avgifter än motsvarande kostnaderna för tjänsterna eller nyttigheterna (8 kap. 3 b och 3 c §§ kommunallagen). Landstingen ska behandla sina medborgare lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat (2 kap. 2 § kommunallagen).

Den rättsliga grunden för att ta ut vårdavgifter finns i 26 § HSL. Huvudregeln är att verksamhetens kostnader ska täckas av landstingsskatten. Vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Vidare anges i bestämmelsen att patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika.

För vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård och vissa andra avgifter gäller enligt 26 a § HSL ett högkostnadsskydd. Detta innebär att en patient under en tolv månadersperiod betalar högst ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (1 100 kronor 2016).

Patientavgifter förekommer inom en rad områden i hälso- och sjukvården och varierar mellan olika delar av sjukvården, t.ex. tandvård, läkemedel och öppenvård.

Man brukar urskilja följande syften med avgifter i hälso- och sjukvården:

- att inom den öppna hälso- och sjukvården styra patienterna till rätt vårdnivå,
- att öka kostnadsmedvetandet hos befolkningen,
- att begränsa vårdefterfrågan och därmed kostnaderna, och
- att bidra till finansieringen av vårdkostnaderna.

I Sverige, liksom i andra jämförbara länder, spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla.

5.1.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som den enskilde eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser.

Sjukvårdsförsäkringen ger tillgång till privat sjukvård vid sidan av den offentligt finansierade sjukvården. Därutöver kan försäkringen även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, t.ex. patientavgifter.

Motivet för dessa försäkringar är framför allt att få snabb tillgång till vård. De fungerar i första hand som ett komplement till den offentliga hälso- och sjukvården.² Den gemensamma affärsidén är att erbjuda de försäkrade en snabb tillgång till planerad vård för att dels undvika långa väntetider, dels minska risken för långa sjukskrivningar.³

Variationerna i försäkringarnas utformning är stor. Samtliga försäkringar har dock en gemensam grundstruktur som består av tre grundläggande serviceåtaganden:

- Tillgång till sjuksköterskebemannad telefonrådgivning och vårdplanering (dygnet runt eller med vissa begränsningar av öppethållandet)
- Planerade besök för utredning och behandling samt vissa planerade operationer hos privata vårdgivare

² SOU 2012:2, s. 99

³ www.svenskforsakring.se

- Rehabilitering, t.ex. genom behandling av fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat.

Flera sjukdomar, skador och tillstånd samt viss vård och behandling undantas vanligtvis i försäkringarna, t.ex. akutvård, dialysbehandling, graviditet och förlossning samt smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva fynd.⁴

Vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Försäkringsgivarna förfogar över ett nätverk av privata vårdgivare som kan utföra den vård som ingår i försäkringen och tecknar samarbetsavtal med privat drivna kliniker, utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet.

5.1.3 Övrig finansiering

Landstingen vidtar i dag olika åtgärder som syftar till att avgränsa den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Hit hör utbudsbegränsningar och begränsningar i fråga om vilka behandlingar som ska anses medicinskt motiverade. Genom utbudsbegränsningar av olika slag får patienterna bära en större del av kostnaderna. Det är t.ex. vanligt inom området assisterad befruktning där antalet försök som landstinget finansierar begränsas. Andra exempel är hjälpmedel av olika slag.

Åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade och således inte anses som en del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får patienterna bekosta själva. Det handlar t.ex. om kosmetiska ingrepp, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Det bör emellertid påpekas att det inte finns några enhetliga principer för landstingens utbudsbegränsningar av vissa åtgärder och åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade.

Stockholms läns landsting (SLL) 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. En sådan verksamhet får dock inte inskränka uppdraget som vårdgivaren har från SLL eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Verksamheten får även bara utgöra en mindre del i

⁴ Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling, SKL 2012

förhållande till huvuduppdraget från SLL i enlighet med kommunallagen.

Flera landsting erbjuder svensk sjukvårdsexpertis och medicinska tjänster till internationella patienter, t.ex. Stockholm Care och Skåne Care. Sådan tjänsteexport bedrivs med stöd av 5 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Verksamheterna omfattar planerad vård till patienter, utbildning för vårdpersonal och konsulttjänster för att utveckla kliniker, sjukhus och sjukvård. Syftet med verksamheten är att bidra till en bättre hälso- och sjukvård för både svenska och utländska patienter, ge ett ekonomiskt tillskott till landstinget samt bidra till regional utveckling.

5.1.4 Tidigare reglering och pågående utredning om offentlig finansiering av privat utförd hälso- och sjukvård

Den 1 januari 2006 infördes bestämmelser i HSL som bl.a. innebar att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan. Överlämnade landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter (prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus). Bestämmelserna innebar således bl.a. att en entreprenör som drev ett sjukhus för landstingets räkning förhindrades att erbjuda vård åt patienter vars hälso- och sjukvård finansierades av en privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelserna upphävdes av den föregående regeringen den 1 juli 2007 (prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus).

Som nämntes i inledningen beslutade den nuvarande regeringen i mars 2015 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (Välfärdsutredningen). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda

välståndstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

5.1.5 Allmänhetens betalningsvilja för välståndstjänster

I februari 2008 genomförde marknadsundersökningsföretaget Synovate på SKL:s uppdrag en opinionsundersökning om allmänhetens betalningsvilja för välståndstjänster. En klar majoritet kan tänka sig att dels betala extra i avgift för att själv få bättre service eller kvalitet inom kärnverksamheterna, dels betala mer i skatt för att alla ska få en bättre service och kvalitet för dessa tjänster. Betalningsviljan är hög oavsett om betalningen sker via högre skatt eller högre avgift. Detta gäller särskilt för hälsa- och sjukvården, äldreomsorgen och skolan. Nästan hälften av de tillfrågade motsätter sig möjligheten att kunna få vård snabbare genom en försäkring. Den uppfattningen gäller oavsett ålder, kön, yrke etc. Undersökningen ger en indikation på att välståndstjänsterna värderas högt av befolkningen.

5.2 Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar

I dag har cirka sex procent av alla personer i Sverige en privat hälsa- och sjukvårdsförsäkring. År 2000 fanns det cirka 100 000 privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. År 2015 hade 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den genomsnittliga årliga ökningen sedan 2000 är cirka 16 procent. De senaste fem åren har antalet sjukvårdsförsäkringar ökat med 33 procent. Cirka 72 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivarna. Av antalet sysselsatta personer i åldern 15–74 år har i dag var tionde person en sjukvårdsförsäkring som betalas av arbetsgivaren.⁵ De privata försäkringarna antas ändå inte svara för mer än knappt en procent av de totala hälsa- och sjukvårdskostnaderna. Omfattande och dyra vårdinsatser finansieras även fortsättningsvis av det offentliga.

⁵ www.svenskforsakring.se

5.2.1 De privata försäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet

De privata sjukvårdsförsäkringarnas påverkan på och konsekvenser för det gemensamma sjukvårdssystemet är en fråga som diskuteras i många länder. I en rapport från OECD, som granskat privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder, konstateras att privata sjukvårdsförsäkringar är förenade med såväl för- som nackdelar. I länder där försäkringarna har en mer framträdande roll har de bidragit till att tillföra hälso- och sjukvården mer resurser och medfört större valfrihet för konsumenterna. Emellertid har de också medfört utmaningar för principen om vård på lika villkor och också inneburit ökade sjukvårdskostnader i flertalet av dessa länder.⁶

Enligt OECD:s rapport tenderar privata sjukvårdsförsäkringar att generera en ökad total vårdefterfrågan snarare än en avlastning av den offentliga vården. Effekten kan bli fler besök hos specialistläkare eller att läkemedelskonsumtionen ökar. OECD:s slutsats är att privata sjukvårdsförsäkringar ger vården mer resurser och förbättrar tillgängligheten för dem som är försäkrade, men de medför inte kortare köer för dem som är utan försäkring. Det innebär att vården inte blir jämlik.

En invändning mot att ökad försäkringsfinansiering skulle ge mer vård är att sådana kompletterande system mer eller mindre alltid konkurrerar om samma knappa resurser. Om det finns brist på t.ex. läkare försvåras läget om en försäkringsfinansierad aktör bygger upp en vårdkapacitet. Även om det inte råder akut brist blir i vart fall kostnaden för den offentliga vården högre om lönerna drivs upp. Avgörande är vad det är som sätter gränsen för vårdens expansion – den offentliga budgeten eller tillgången på vårdresurser. Om vårdgivarna har kapacitet att producera mer vård än vad det offentliga har råd att köpa ger försäkringar ett finansiellt tillskott och mer vård. Men om det i stället är brist på personal som sätter gränser för hur mycket vård som kan produceras kan kompletterande försäkringsfinansiering inte ge något bidrag.⁷

När det offentliga systemet och försäkringsbolagen använder samma vårdgivare uppfattas detta lätt som ett dubbelt system där

⁶ Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems; OECD 2004

⁷ Kommer vi att ha råd med sjukvården?, SKL 2005

försäkringspatienter får en ”gräddfil” till den offentligt finansierade vården. Det finns således en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas, t.ex. om ett sjukhus får högre ersättning för en försäkringspatient än för en vanlig patient kan detta eventuellt leda till längre väntetider för de senare.⁸

London School of Economics and Political Science (LSE) har på uppdrag av EU-kommissionen kartlagt de privata sjukvårdsförsäkringarnas omfattning och den roll de spelar i förhållande till de offentligt finansierade eller reglerade sjukvårdssystemen inom EU. I en rapport från LSE från 2009⁹ framhålls att de privata sjukvårdsförsäkringarnas betydelse i förhållande till de gemensamma hälso- och sjukvårdssystemen i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Följande bedömningar och slutsatser redovisas dock i rapporten.

- När gränsen mellan offentlig och privat vård inte är klart definierad finns det viss evidens för att offentliga resurser kan användas för att subventionera snabbare tillgång till vård för personer med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka enligt rapporten tenderar att tillhöra högre inkomstgrupper.
- Sammantaget saknas evidens för argumentet att privata sjukvårdsförsäkringar skulle bidra till finansiell uthållighet genom att lindra trycket på den offentliga finansieringen.
- Vissa analytiker hävdar att det offentliga systemets funktionsförmåga – särskilt patientnöjdheten – är av avgörande betydelse för efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Ofta åberopas hur efterfrågan på försäkringarna påverkas av beslut om att begränsa det offentliga åtagandet liksom den tidsmässiga tillgången på vård. I Storbritannien, där sambandet mellan väntetider och efterfrågan på sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för omfattande studier, har det dock varit svårt att hitta något tydligt sådant samband.
- Att exempelvis tillåta vårdgivare att debitera högre avgifter för privatfinansierade patienter skapar starka incitament att prio-

⁸ Ibid

⁹ Private health insurance in the European Union, London School of Economics and Political Science 2009

ritera dessa på bekostnad av patienter som betalas av det offentliga.



6 Överväganden och förslag

6.1 Vård efter behov och på lika villkor

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen förtydligas att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL, ska avtalet innehålla villkor om dessa krav.

Skälen för promemorians förslag

Grundprincipen i svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Det är den enskildes hälsotillstånd som ska avgöra vårdinsatsen, aldrig den enskildes betalningsförmåga. Efter principerna om vård efter behov och solidarisk finansiering har hälso- och sjukvården byggts upp under generationer. Svensk vård framhålls som ett föredöme i världen och många länder försöker tillämpa den svenska vårdmodellen.

Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar vilket riskerar leda till att principen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en rangordning som tar hänsyn till patientens försäkringsöverenskommelse. Totalt har knappt 650 000 svenskar i dag en privat sjukvårdsförsäkring. Cirka 72 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivarna.

Patienter vars vård finansieras av det offentliga ska inte missgynnas

En sjukvårdsförsäkring tecknas i regel för att försäkringstagaren snabbare ska få vård. Den vård som ges inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Flera av dessa privata vårdgivare utför även offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det sistnämnda sker genom avtal med landstinget som är huvudman för vården.

I den proposition om prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen ställt sig bakom anges att det finns en risk att en patients vilja och förmåga att själv direkt bekosta sin vård kan hamna i konflikt med människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen. I princip bör en patients betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade vården. 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. ska därför inte utgöra grund för prioritering.¹

Att privata vårdgivare utför både offentligt finansierad vård och vård inom ramen för en sjukvårdsförsäkring innebär att det finns en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas. Om en vårdgivare får högre ersättning från försäkringsgivare för att vårda försäkringspatienter än från landstinget för att vårda övriga patienter kan detta eventuellt leda till längre väntetider för de senare. Det är ett stort problem om innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.

En reglering är därför nödvändig för att minimera risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentlig finansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring.

¹ Prop. 1996/97:60 s. 26

Patientens behov ska styra

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 är inte förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor. Internationella studier och jämförelser visar sammantaget att en ökad privatfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser ökar skillnaderna i hälsa i befolkningen. En sådan utveckling på hälso- och sjukvårdsområdet är inte acceptabel.

Patientens behov av sjukvård, inte dennes betalningsförmåga, ska avgöra vilken insats (den offentligt finansierade) vården ska erbjuda och när patienten ska få denna vård. På ett individuellt plan innebär det att en person som har ett större vårdbehov alltid ska prioriteras före en person med mindre vårdbehov. Annars finns det en risk för att tanken om en tillgänglig vård av hög kvalitet till alla överges.

Inom dagens i huvudsak offentligt finansierade sjukvård beaktas i relativt hög grad behovs- och solidaritetsprincipen i den etiska plattformen. Det ökade antalet sjukvårdsförsäkringar som till stor del tecknas för att försäkringstagaren ska få snabbare vård hotar dock att bryta den prioriteringsordning efter behov som i övrigt gäller för hälso- och sjukvården.

Tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet

Avvikelser från målet om en god vård efter behov och på lika villkor är inte bara allvarliga för de patienter som känner en oro för att de ska bli förfördelade. Långvariga och systematiska avsteg från detta mål undergräver även tilliten till och förtroendet för välfärdssystemet. Detta kan ta sig uttryck i en sjunkande tilltro till principen om den gemensamma finansieringen som en bas för hela systemet. Grundprincipen i svensk välfärd har länge varit – och är fortfarande – att den ska vara solidariskt finansierad via skatt. Det innebär t.ex. att medborgarna bidrar till sjukvårdens finansiering utifrån sin betalningsförmåga och att det inte finns någon koppling mellan hur mycket man betalar och vilken vård man får. Detta har generellt accepterats av medborgarna eftersom det har inneburit att de har fått tillgång till en mycket väl utbyggd hälso- och sjukvård.

Allmänhetens generella förtroende för offentliga institutioner och leveransen av välfärdstjänster kan sägas ha betydelse för samhällets funktion som helhet.² Att regleringen av välfärdssektorn utformas så att förtroendet för sektorn upprätthålls kan påverka viljan att betala skatt men det kan också påverka samhället i stort. En reglering behövs således även för att bevara tilliten till och förtroendet för välfärdssystemet och hälso- och sjukvården.

Nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

I HSL bör det införas en ny bestämmelse om att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring får ges inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. Av den nämnda bestämmelsen framgår att vård 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.

I dag är det dock enbart privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Därför föreslås även en bestämmelse om att de avtal om överlämnande av uppgifter som landstinget sluter med andra vårdgivare ska innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en sjukvårdsförsäkring får ges enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. På så sätt tillförsäkras landstingen möjligheter att agera även gentemot privata vårdgivare som inte iakttar människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna.

Vid sidan av förslagen i denna promemoria har den s.k. Välfärdsutredningen (se även avsnitt 5.1.4) i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras. Syftet med utredningen är bl.a. att säkerställa att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och att de används på ett sådant sätt att de kommer patienterna och brukarna till godo. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet,

² Rothstein, Vad bör staten göra?, 2006

samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Behovet av uppföljning och kontroll

Patienterna ska kunna förutsätta att de tjänster som landstingen ansvarar för att erbjuda håller en likvärdig kvalitet oavsett om de utförs i egen regi eller av en privat utförare.

Om landstinget har överlämnat en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har landstinget kvar huvudmannaskapet och det övergripande ansvaret för verksamheten. Att huvudmannaskapet ligger kvar hos landstinget är en viktig princip för att garantera demokratisk kontroll, god kvalitet och regelbundenhet i den kommunala verksamheten.

Huvudmannaskapet innebär en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på så sätt att verksamheten hos de privata vårdgivarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av landstinget önskade nivån. Landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Det är alltså 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 landstingen, enligt kommunallagen, även kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Landstinget ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Landstinget ansvarar således för att kontrollera och följa upp att de vårdgivare som tar emot försäkringspatienter inte åsidosätter principerna i 2 § andra stycket HSL, i enlighet med den föreslagna bestämmelsen. Det innebär att landstinget, genom sina avtal, behöver säkerställa att de får tillgång till den information de behöver från de privata utförarna för att kunna göra denna uppföljning.

6.2 Förslagets förenlighet med unionsrätten

Bedömning: Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.

Skälen för promemorians bedömning: Av art. 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. En grundläggande utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Resurserna ska i första hand fördelas till de områden där behoven är störst. De aktuella bestämmelserna i denna promemoria tydliggör att principerna om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna gäller även i förhållande till försäkringspatienter. Hälso- och sjukvårdstjänster kan under vissa omständigheter omfattas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar vilket innebär att de aktuella principerna om människovärde, behov och solidaritet skulle kunna utgöra en omotiverad inskränkning av dessa friheter. Det bör i detta sammanhang därför framhållas att dessa principer måste användas på ett sådant sätt att omotiverade inskränkningar inte uppstår.

När ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat aktör är normalt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, tillämplig. Genom lagen genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster.

Hälsovårdstjänster är i stor utsträckning undantagna från det nämnda upphandlingsdirektivet eftersom de utgör s.k. B-tjänster. För B-tjänster gäller LOU endast i begränsad omfattning. Enligt EU-domstolens praxis ska dock de grundläggande unionsrättsliga principerna som kommer till uttryck i EUF-fördraget (principerna om icke-diskriminering, likabehandling, transparens och öppenhet, proportionalitet samt ömsesidigt erkännande) tillämpas även vid upphandling som inte omfattas av direktiven, om de har ett samband med den gemensamma inre marknaden, dvs. när det finns ett gränsöverskridande intresse.

Regeringen beslutade den 22 juni 2016 propositionen Nytt regelverk om upphandling (prop. 2015/16:195). I propositionen presenteras bl.a. förslag till en ny lag om offentlig upphandling. Förslagen syftar till att genomföra tre nya direktiv på upphandlingsområdet. En nyhet är att uppdelningen i A- och B-tjänster ersätts av ett enklare upphandlingssystem för sociala tjänster och andra särskilda tjänster. I propositionen föreslås att motsvarande ordning som i dag gäller för upphandling av B-tjänster ska gälla även för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster enligt den nya lagen om offentlig upphandling.

Utöver regler om upphandling i LOU finns bestämmelser om valfrihetssystem i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Enligt 5 § HSL är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården. När ett landsting beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. Landstingen kan även vid konkurrensutsättning av annan vård än primärvården välja att tillämpa LOV. De grundläggande EU-rättsliga principerna gäller även i ett valfrihetssystem.

Enligt 6 kap. 13 § LOU får en upphandlande myndighet ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras. Villkoren ska anges i annonsen om upphandling eller i förfrågningsunderlaget. Motsvarande bestämmelser gäller för valfrihetssystem (1 kap. 2 § LOV). En annan förutsättning för att få ställa sådana villkor är att kraven på hur kontraktet ska fullgöras är förenliga med unionsrätten.

Förslagen i denna promemoria bedöms vara förenliga med de allmänna rättsprinciperna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

6.3 Behov av uppföljning

Bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen.

Skälen för bedömningen: Förutom den uppföljning och kontroll som landstingen ansvarar för i enlighet med kommunallagen finns det även behov av att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden och konsekvenserna av förslagen. Detta är vid sidan

av det tillsynsansvar som vilar på IVO när det gäller att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Uppföljningen bör syfta till att säkerställa att de föreslagna ändringarna i lagstiftningen följs och får den effekt som önskas dvs. att människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts.

Socialstyrelsen bör samverka med bl.a. IVO, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landstingen.

7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2017.

Bestämmelsen om att det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får ges vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- respektive behovs och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts ska även tillämpas för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

Bestämmelsen om att avtal om överlämnande av uppgifter ska innehålla villkor om att inte åsidosätta de nämnda principerna ska inte gälla avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet ska bestämmelsen däremot gälla.

Skälen för förslaget: Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. Lagändringarna bör därför träda i kraft den 1 juli 2017.

Den föreslagna nya 2 j § HSL gäller exempelvis när hälso- och sjukvård ges enligt avtal med ett landsting. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som ingåtts efter lagens ikraftträdande. Den föreslagna nya bestämmelsen bör emellertid gälla även för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Detta avsteg från den nämnda huvudprincipen får anses godtagbart med hänsyn till att bestämmelsen enbart utgör ett förtydligande av vad som gäller redan i dag, dvs. att människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna i 2 § andra stycket HSL även gäller i förhållande till patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. En övergångsbestämmelse med innebörd att den nya 2 j § får retroaktiv verkan föreslås i promemorian.

I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 3 § tredje stycket HSL inte gälla för 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 innebär att ett nytt avtal ingås eller ej. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i promemorian.

8 Konsekvenser

8.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Av 14 kap. 3 § RF framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Förslaget till ny 2 j § innebär enbart ett förtydligande av vad som redan gäller i dag och det får således inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Det föreslagna tillägget i 3 §, dvs. att det ska finnas vissa villkor i avtalen med privata vårdgivare, innebär däremot ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Samtidigt är landstinget huvudman för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten. Det innebär att det är angeläget för landstinget att säkerställa att de som söker hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds en god vård efter behov och på lika villkor i enlighet med gällande lagstiftning.

Eftersom landstingen redan idag tecknar avtal med privata vårdgivare får förslaget endast anses medföra en ytterst liten inskränkning av självstyrelsen. Förslaget innebär främst en förändring i hur landstingen utformar avtalen och inverkar inte i övrigt på landstingens möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Mot denna bakgrund är det med hänsyn till syftet med förslaget nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i landstingens självstyrelse.

8.2 Ekonomiska konsekvenser

Eftersom ett av förslagen, tillägget i 3 §, innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen kan den kommunala finansieringsprincipen vara tillämplig. Om så är fallet ska landstingen kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen.

Landstingen tecknar dock redan idag avtal med privata vårdgivare och därför bedöms förslaget inte ha några direkta ekonomiska effekter för landstingen avseende förfarande, administration och liknande kostnader. Enligt kommunallagen ska landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren och det gäller således även principerna i den nya 2 j §. Förslaget innebär däremot inte någon uttrycklig skyldighet för landstingen att följa upp och kontrollera i större utsträckning än vad de gör i dag. Landstingen behöver däremot säkerställa att de i sina avtal med privata utförare tydliggör att landstingen ska få tillgång till sådan information som är nödvändig för att den nya bestämmelsen ska kunna följas upp. Detta blir sedan en del av landstingens kontinuerliga uppföljning av de privata vårdgivarnas verksamhet. Förslagen bör inte innebära några ökade kostnader för landstingen.

8.3 Konsekvenser för företag

De privata vårdföretagen kommer även fortsättningsvis kunna ta emot patienter vars vård finansieras med sjukvårdsförsäkringar. I detta avseende medför de föreslagna bestämmelserna ingen skillnad för dessa vårdgivare. I och med den föreslagna kompletteringen i 3 § får dock landstingen större möjligheter att vidta åtgärder mot de vårdgivare som åsidosätter principerna i den nya 2 j §. Landstinget kan t.ex. säga upp ett avtal om vårdgivaren inte följer villkoren i avtalet. Förslagen kan således till viss del få konsekvenser för de privata företagen men det är enbart under förutsättning att de inte lever upp till gällande lagstiftning.

8.4 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Förslaget syftar till att förtydliga att det är vård efter behov och på lika villkor som ska gälla i hälso- och sjukvården. Varken kvinnor eller män kommer att specifikt gynnas eller missgynnas av förslagen. Däremot kan förslaget indirekt bidra till en ökad jämställdhet genom att det så tydligt betonar vikten av en jämlik vård.



9 Författningskommentar

2 j §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.1.

Bestämmelsen innebär att hälso- och sjukvård får ges till en patient inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts. I den nämnda paragrafen 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.

Den nya paragrafen gäller enbart inom verksamhet som helt eller delvis är offentligt finansierad. Verksamhet som är helt privat finansierad, exempelvis genom patientavgifter och via försäkringsbolag, omfattas inte av den nya bestämmelsen. Att t.ex. vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdgivare ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt denna paragraf framgår av en ny bestämmelse i 3 § tredje stycket (se kommentaren nedan).

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1.

I *tredje stycket* görs ett tillägg med innebörd att när ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL, ska avtalet innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart får ges om människovärdes- respektive behovs- och solidaritetsprinciperna i 2 § inte åsidosätts. Tillägget syftar till att underlätta för landstingen att vidta åtgärder mot t.ex. privata vårdgivare som bedriver verksamhet i strid mot de nämnda principerna. I paragrafen görs även en språklig justering.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 7.

I *punkt 1* anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2017.

Enligt *punkt 2* tillämpas den nya 2 j § om att hälso- och sjukvård får ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- respektive behovs och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

Av *punkt 3* framgår att den nya bestämmelsen i 3 § tredje stycket om krav på vissa avtalsvillkor inte gäller avtal som ingåtts före den 1 juli 2017. Efter ikraftträdandet får ett tidigare ingått avtal däremot inte förlängas utan att den nya bestämmelsen beaktas. Detta gäller även om förlängningen inte innebär att något nytt avtal ingås.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolkjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.
29. Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]

Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]

Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]

Finansdepartementet

Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]

Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]

Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]

Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]

Nya möjligheter till operativt polisarbete med andra stater. [13]

Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]

Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]

Otillåtna bosättningar. [17]

Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]

Kulturdepartementet

Vissa frågor om kommersiell radio. [23]

Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

Miljöbedömningar. [25]

Näringsdepartementet

Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]

Strada.

Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]

Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]

Tolktjänst för vardagstolkning. [7]

Hälsöväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]

Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]

Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämställda pensioner? [19]

Driftsformer för universitetssjukhus. [28]

Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. [29]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. [12]

Validering med mervärde. [24]



