

Rapport 2020:3

# Privata sjukvårdsförsäkringar

Ett kunskapsunderlag om möjliga  
konsekvenser för patienter  
och medborgare



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.varदानalys.se](http://www.varदानalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Getty Images International

**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-13-7



# Privata sjukvårdsförsäkringar

Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser  
för patienter och medborgare

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Ida Nyström har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektörerna Joakim Ramsberg och Nils Janlöv, analyschefen Cecilia Stenbjörn, samt stabschef/chefsjurist Karin Nylén deltagit.

Stockholm 2020-03-24

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Anna Dunér  
*Vice ordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Titti Mattsson  
*Styrelseledamot*

Hans Winberg  
*Styrelseledamot*

Ida Nyström  
*Föredragande*

# Förord

Inom hälso- och sjukvården sker ständigt förändringar av olika slag. Den ökade förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar är ett exempel.

Regeringen har gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

I genomförandet av uppdraget har vi kartlagt och analyserat vilka möjliga konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar kan få – både för personer på individnivå och på systemnivå, för hälso- och sjukvården och samhället i stort. På det här sättet vill vi bidra med ett kunskapsunderlag som kan vägleda de beslut som kan komma på området. Vi har utfört uppdraget på en relativt kort tid och har därför avgränsat oss till vissa kärnfrågor vi ser berörs. Både flera av de områden vi lyfter i rapporten och andra aspekter kan vara aktuella att studera närmare framöver.

Projektledare har varit utredaren Ida Nyström. I projektgruppen har även projektdirektören Joakim Ramsberg, utredaren Åsa Ljungvall, analytikerna Ida Ahlin och Hannah Folkesson samt jurist Nadja Zandpour deltagit.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla dem som värdefullt har bidragit till arbetet som presenteras i rapporten, framför allt de som har tagit sig tid att bidra med kunskapsunderlag, låta sig intervjuas eller delta i seminarium. Vi vill också rikta ett stort tack till Mio Fredriksson (Uppsala universitet) och Andreas Bergh (Lunds universitet) som har kommit med betydelsefulla synpunkter på arbetet.

Stockholm i mars 2020

Karin Nylén, *Stabschef/chefsjurist*



## Sammanfattning

Allt fler personer har en privat sjukvårdsförsäkring i Sverige. Nästan 660 000 svenskar hade det 2018 – sex gånger fler än år 2000. Konsekvenserna av detta debatteras mycket och det är tydligt att det finns olika åsikter om vad det kan leda till. Däremot saknas ofta robusta kunskapsunderlag i debatten.

Regeringen har gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. I arbetet har vi kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa konsekvenser rör personer på individnivå och andra rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Vi belyser även vissa konsekvenser för samhället i övrigt.

För att göra det har vi tagit hjälp av olika informationskällor. Vi har genomfört intervjuer och samtal med omkring 50 personer med olika kunskap i och perspektiv på frågan. Vi har också sammanställt uppgifter om väntetider för patienter i den offentligt finansierade vården, och jämfört dem med de väntetidsgarantier som gäller för patienter med sjukvårdsförsäkringar. Därutöver har vi använt oss av tidigare publicerat material, däribland relevant vetenskaplig litteratur som vi sökt igenom i samarbete med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

Vi har haft en begränsad tid på oss att genomföra uppdraget. Flera av de områden vi lyfter i rapporten och även andra aspekter kan vara aktuella att studera närmare framöver.



## PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR – VEM, VAD OCH HUR?

Antalet personer som har privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige har ökat under 2000-talet. Samma mönster ser vi också i andra europeiska länder. I Sverige tecknas privata sjukvårdsförsäkringar antingen som en individuell försäkring eller som en gruppförsäkring, exempelvis via arbetsgivaren eller ett fackförbund. Omkring 90 procent av alla sjukvårdsförsäkringar i Sverige som tecknades 2018 var gruppförsäkringar, och av dem tecknades omkring två tredjedelar av arbetsgivaren. Försäkringarna tecknas av enskilda personer och arbetsgivare över hela landet, men de är vanligare i storstadsregionerna och i Jämtland. De är också vanligare i till exempel bygg- och anläggningsbranschen och i den finansiella sektorn, liksom på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda.

För att få teckna en sjukvårdsförsäkring ställer försäkringsbolagen vissa krav. Antingen krävs en hälsodeklaration eller en hälsokontroll eller, som vid en arbetsgivarbetald försäkring, att personen är fullt arbetsför.

Försäkringarna innehåller framför allt vård och tjänster av det slag som i dag erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården. Men de innehåller också garantier från försäkringsbolagen om en snabbare tillgång till vård. De erbjuder dessutom i viss mån vård och tjänster som inte ingår i det offentliga åtagandet. De privata sjukvårdsförsäkringarna innehåller både förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering. Akutsjukvård är däremot ett exempel på vård som inte erbjuds av något försäkringsbolag.

Försäkringsbolagen samarbetar med privata vårdgivare som utför vården. De vårdgivare som tar emot försäkringspatienter kan ha parallella avtal med flera försäkringsbolag och också med offentliga huvudmän.

## FLERA MÖJLIGA KONSEKVENSER AV FÖRSÄKRINGARNA

Privata sjukvårdsförsäkringar står idag för en liten del av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Samtidigt ser det olika ut inom olika vårdområden och regioner. Konsekvensernas storlek kan därför skilja sig åt. Våra huvudsakliga slutsatser är följande:

### **Personer med sjukvårdsförsäkringar ges vård snabbare, sannolikt utan att det finns skillnader i medicinska behov**

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången ska inte påverkas av till exempel kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.



Personer med privat sjukvårdsförsäkring får i genomsnitt vård snabbare än personer som får vård genom den offentligt finansierade vården, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov.

När det gäller planerad specialiserad vård får i princip alla patienter med privat sjukvårdsförsäkring ett första besök inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar. Som jämförelse väntade, totalt sett i landet, över hälften av patienterna i den offentligt finansierade vården mer än 30 dagar på ett planerat första besök respektive åtgärd inom den specialiserade vården.

Den här slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Vi har inte granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall, utan våra analyser och slutsatser baseras på övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finansierade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna.

Försäkringarna är vanligare bland vissa grupper i befolkningen och det finns vissa systematiska skillnader mellan dem som har en försäkring och övriga personer. Skillnaderna uppstår bland annat på grund av villkoren som ställs av försäkringsbolagen på dem som önskar teckna en försäkring. Personer som exempelvis inte är på arbetsmarknaden till följd av ålder eller nedsatt funktions- eller arbetsförmåga får med mindre sannolikhet tillgång till den snabbare försäkringsfinansierade vården.

## **Svårt att visa hur patienter i den offentligt finansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar**

Det är svårt att ge ett entydigt svar på hur patienterna i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa menar att när patienter med privata sjukvårdsförsäkringar behandlas tas vårdpersonal eller andra resurser i anspråk som annars hade använts till den offentligt finansierade vården. Kapaciteten i den offentligt finansierade vården minskar enligt det resonemanget. Risken blir särskilt uttalad om det råder brist på arbetskraft – när det finns så kallade bristyrken inom vårdsektorn.

Andra menar i stället att sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade sjukvården genom att försäkringarna tillför resurser till systemet som helhet, alltså att kapaciteten i den offentligt finansierade vården ökar. När patienter som har privata försäkringar använder vård som finansieras av försäkringarna i stället för att nyttja den offentligt finansierade vården, ger det kortare väntetider även för patienterna inom den offentligt

finansierade vården. En förutsättning är då att det finns ledig kapacitet, till exempel personal och lokaler, hos de privata vårdgivarna som kan utnyttjas till den försäkringsfinansierade vården.

Det är svårt att med säkerhet uttala sig om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten och vilken effekt det får för patienterna i den offentligt finansierade vården. Men utifrån väntetidsdatabasen kan vi konstatera att privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalats med regionen för de offentligt finansierade patienterna. Det gör det svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av dessa vårdgivare.

### **Mer individanpassning men också ojämlikhet**

Enskilda personer eller arbetsgivare som tecknar privata sjukvårdsförsäkringar gör det för att de vill ha insatser som de inte anser sig få i det offentliga systemet. På så vis kan man hävda att försäkringarna skapar förutsättningar för en ökad välfärd och individanpassning av vården som erbjuds. Men på sikt kan det även leda till en mer tudelad hälso- och sjukvård: en försäkringsfinansierad och en offentligt finansierad. Det finns en risk att exempelvis tillgängligheten och innehållet i de två olika systemen skiljer sig åt och att även personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt i exempelvis ålder, utbildning, samt funktions- och arbetsförmåga.

### **Osäkert hur befolkningens förtroende och vilja att betala skatt kan påverkas på sikt**

Även befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården samt vilja att betala skatt kan påverkas på sikt. En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet, annars riskerar viljan att bidra genom att betala skatt att urholkas.

Vi har inte fokuserat på att systematiskt identifiera studier om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar befolkningens förtroende eller vilja att betala skatt, vare sig på ett teoretiskt eller empiriskt plan. Utifrån det underlag vi ändå har tagit del av, finns det inga övergripande indikationer på att förtroendet eller viljan att betala skatt hos den svenska befolkningen har minskat i takt med att fler personer har privata sjukvårdsförsäkringar. I teorin kan viljan att betala skatt på sikt påverkas både negativt och positivt. Det kan bland annat bero på i vilken utsträckning försäkringarna omfattar

insatser som redan ingår i det offentliga åtagandet, eller om de omfattar tjänster som delvis eller inte alls erbjuds inom det.

.....

Flera av de möjliga konsekvenser vi tar upp gäller inte bara privata sjukvårdsförsäkringar. Snarare är det konsekvenser som kan hänföras till privat finansierad hälso- och sjukvård i stort, oavsett om den tillhandahålls genom försäkringar eller betalas på annat sätt. Konsekvenserna kan uppfattas särskilt påtagliga, till exempel när det gäller olika väntetider vid samma behov, när privata vårdgivare tar emot både offentligt och privat finansierade patienter. Men konsekvenserna kan också uppstå om privat finansierad och offentlig finansierad vård bedrivs hos separata vårdgivare.

## DET SAKNAS ETT SYSTEMPERSPEKTIV I UPPFÖLJNINGEN OCH ÄVEN FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR DET

Vår bedömning är att det inte tas ett helhetsansvar, varken på nationell, regional eller vårdgivarnivå för att säkerställa att vården ges utifrån behov och på lika villkor. Ett sådant helhetsansvar i hela kedjan från planering till uppföljning blir viktigare i takt med att omfattningen på den privat finansierade hälso- och sjukvården ökar och antalet sjukvårdsförsäkringar blir fler. Samtidigt saknas förutsättningar för en systematisk insamlad information som skulle kunna ligga till grund för att följa utvecklingen. Exempelvis finns ingen information om hur patientvolymerna fördelar sig mellan offentligt och privat finansierad vård, till exempel via försäkringar.

Regioner vi har pratat med menar att de av upphandlingsrättsliga skäl inte kan kräva insyn i den del av privata vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering. Därmed har de svårt att följa upp vad effekterna blir för patienterna totalt sett.

## VÅRA REKOMMENDATIONER

Med en åldrande befolkning, finansiella utmaningar och allt större medicinska möjligheter blir frågan om hur vårdens resurser ska fördelas särskilt aktuell. Utvecklingen med fler privata sjukvårdsförsäkringar kan ses som ett uttryck för att vården och systemet behöver utvecklas. Det finns ett stort inslag av politiska värderingar i frågan om hur man ställer sig till privata sjukförsäkringar, eftersom det handlar om att balansera principer om vård på lika villkor och efter behov samt jämlikhet mot individens valfrihet och möjlighet att få vården utformad efter sina preferenser. Oavsett vilken



utveckling olika parter förespråkar ser vi att lagstiftningen och övrig styrning på alla nivåer behöver stödja den önskade utvecklingen. Det är också viktigt att samtliga huvudmän och vårdgivare tar sitt ansvar för att efterleva hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det gäller givetvis så väl den lagstiftning som gäller i dag som en eventuellt ändrad lagstiftning.

Utifrån vårt arbete med den här rapporten lämnar vi förslag på förändringar och åtgärder som kan och bör genomföras av regeringen och huvudmännen. Förslagen handlar främst om att förbättra förutsättningarna att skapa kunskap om den privat finansierade hälso- och sjukvården. Det blir viktigare ju större marknaden blir.

► *Regeringen bör säkerställa en ökad transparens genom bättre uppföljningsmöjligheter och kunskap*

Vi har konstaterat att det är svårt att dra empiriska slutsatser om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar patienter, hälso- och sjukvården och samhället i stort. Det finns generellt ett behov av ökad kunskapsuppbyggnad, både på olika nivåer såsom nationellt eller regionalt och ur olika perspektiv såsom juridiskt, medicinskt och samhällsvetenskapligt. Det finns också ett behov av att möjliggöra mer oberoende forskning på området. För att uppnå det krävs bättre förutsättningar. Mot bakgrund av det ger vi regeringen följande rekommendationer:

- Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras. Det kan till exempel övervägas om sådana uppgifter bör kunna kopplas till eller ingå i patientregistret. För att bättre kunna analysera konsekvenserna av privata sjukvårdsförsäkringar behövs kunskap om och i vilken utsträckning vården utförs genom offentlig- eller privat finansiering. Sådana uppgifter saknas i stort i dag. Uppgifter om personers vårdkonsumtion, behov, behandlingsutfall med mera, behöver också kunna kopplas till finansieringsform.
- Regeringen bör verka för att stärka forskningen om de privata sjukvårdsförsäkringarnas faktiska påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.
- Regeringen bör utifrån slutsatserna från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) pågående förstudie om medicinska revisioner på området ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt.

► *Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att göra en internationell utblick kring utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar*

Vi har gjort en översiktlig internationell utblick om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Europa. I arbetet med att ta frågan om privata sjukvårdsförsäkringar vidare ser vi möjligheter att fördjupa den internationella utblicken för att lära mer om hur frågan har hanterats där. Vi rekommenderar därför regeringen att ge en lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en sådan utblick, med fokus på möjliga lärdomar för Sverige.

► *Huvudmännen bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare*

Huvudmännen behöver ha bättre kunskap om hur de offentligt finansierade patienterna påverkas av att privata vårdgivare också tar emot privat finansierade patienter. Därför rekommenderar vi huvudmännen att, bland annat utifrån ett upphandlingsrättsligt perspektiv, se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med för att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. För att möjliggöra till exempel medicinska revisioner om hur behovsbedömningar och prioriteringar görs kan det övervägas om viss insyn behövs även i den privat finansierade vården hos de vårdgivare som bedriver sådan vård parallellt med offentligt finansierad vård. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Dessutom bör regionerna se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.

.....

Det är väl känt att hälso- och sjukvården behöver utvecklas och förändras för att möta framtida utmaningar. Hälso- och sjukvården har alltid gjort, och gör, prioriteringar men vi ser att det är ett arbete som kommer att behöva utvecklas mer framöver. Frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssystemet är bred och rör mer än utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Risken för omotiverade skillnader finns på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, oavsett hur vården finansieras och påverkas delvis av att vi har ett fragmentiserat system med många huvudmän och vårdgivare.











# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>19</b>
1.1	Så här har vi genomfört uppdraget .....	20
<b>2</b>	<b>Privata sjukvårdsförsäkringar</b> .....	<b>25</b>
2.1	Allt fler har en privat sjukvårdsförsäkring i Sverige .....	25
2.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – för vem? .....	27
2.3	Det ingår i försäkringarna och så nyttjas de.....	30
2.4	Vilka är utförarna och hur går det till? .....	35
2.5	Exempel på försäkring med en annan karaktär och inriktning.....	37
2.6	Olika perspektiv på varför sjukvårdsförsäkringar efterfrågas .....	38
<b>3</b>	<b>Flera möjliga konsekvenser</b> .....	<b>43</b>
3.1	Möjliga konsekvenser för individer, vården och samhället i stort .....	43
3.2	Risker kopplade till vård efter behov på lika villkor? .....	46
3.3	Hur påverkas kapaciteten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården?.....	58
3.4	Ett mer diversifierat hälso- och sjukvårdssystem .....	69
3.5	Befolkningens förtroende och viljan att betala skatt .....	71
3.6	Problem kopplade till uppföljning .....	76
<b>4</b>	<b>Utvecklingen i Sverige är lik den i andra europeiska länder</b> .....	<b>81</b>
4.1	Frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och Europa .....	81
4.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge, Finland, Danmark och Storbritannien .....	82



<b>5</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>89</b>
5.1	Flera möjliga konsekvenser av försäkringarna.....	90
5.2	Rekommendationer .....	94
<b>6</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>101</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>109</b>
	Bilaga 1 – Intervjuer och seminarium.....	109
	Bilaga 2 – Genomgång av relevant vetenskaplig litteratur.....	112
	Bilaga 3 – Analyser baserade på väntetidsdatabasen.....	113





## Inledning

En utgångspunkt för svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

En annan utgångspunkt, som framgår av förarbetena, är att den ska vara ett offentligt ansvar som finansieras gemensamt av landets invånare (prop. 1996/97:60). Huvudsakligen är det regionerna som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i regionen och till vissa andra (8 kap. HSL), oavsett om de bedriver vården i egen regi eller avtalar om utförandet med andra (15 kap. 1 § HSL).

Samtidigt har allt fler personer i dag en privat sjukvårdsförsäkring – antalet har ökat stadigt sedan ett tjugotal år tillbaka. Både privatpersoner och arbetsgivare tecknar försäkringarna bland annat för att kunna få viss hälso- och sjukvård snabbare, eller för att få tillgång till ett bredare utbud än det som den offentligt finansierade hälso- och sjukvården erbjuder.

Den här utvecklingen har debatterats mycket under senare tid och det är tydligt att det finns olika åsikter om vad den leder till. En fråga som aktualiserats handlar om risker kopplade till prioriteringar efter behov och vård på lika villkor. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att snabbutreda frågan och i den här rapporten redovisar vi vårt arbete.



## 1.1 SÅ HÄR HAR VI GENOMFÖRT UPPDRAGET

Vi har fått i uppdrag av regeringen att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår också att i den mån det är möjligt undersöka om det sker i dag.

Vi har kartlagt och analyserat vilka möjliga konsekvenser, vilket inkluderar både möjliga risker och nyttor, privata sjukvårdsförsäkringar kan få – både för personer på individnivå och på systemnivå, för hälso- och sjukvården och samhället i stort. Våra övergripande frågeställningar och källor har varit de här:

**Figur 1.** Våra frågeställningar och huvudsakliga källor.

<p><b>Privata sjukvårdsförsäkringar: vad, varför och hur?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Publicerade rapporter</li> <li>▶ Intervjuer och seminarium</li> <li>▶ Uppgifter från Svensk Försäkring med flera</li> </ul>
<p><b>Möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Intervjuer och seminarium</li> <li>▶ Vetenskaplig litteratur</li> <li>▶ Relevanta rättskällor ur ett hälso- och sjukvårdsrättsligt perspektiv</li> </ul>
<p><b>Vad kan vi säga empiriskt om konsekvenserna av privata sjukvårdsförsäkringar?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Litteraturgenomgång</li> <li>▶ Intervjuer och seminarium</li> <li>▶ Väntetidsdatabasen vid SKR</li> </ul>

För att fånga olika perspektiv och kunskap har vi intervjuat eller samtalat med omkring 50 personer, bland annat från regioner, vårdföretag, försäkringsbolag, myndigheter och professionsföreningar samt forskare (se bilaga 1). Vi har också genomfört ett arbetsseminarium där majoriteten av de intervjuade personerna deltagit samt hämtat in synpunkter från ledamöter i vårt patient- och brukarråd.

Vi har även använt oss av tidigare publicerat material, dels för att få en deskriptiv bild av privata sjukvårdsförsäkringar, dels för att söka svar på frågan om vilka möjliga konsekvenser de har. I arbetet har vi också övergripande belyst privata sjukvårdsförsäkringar utifrån ett hälso- och sjukvårdsrättsligt perspektiv.

I frågan om vad vi empiriskt kan säga om konsekvenserna har vi fokuserat på hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka jämlikheten, vård efter behov och på lika villkor samt kapaciteten i hälso- och sjukvården. Vi har dels övergripande sökt igenom relevant litteratur på området i samarbete med SBU (se bilaga 2), dels sammanställt uppgifter om bland annat väntetider och vårdgarantier.

Det är viktigt att ha i åtanke att flera av de möjliga konsekvenser som vi tar upp i rapporten inte gäller privata sjukvårdsförsäkringar i sig. I många avseenden är det konsekvenser som kan hänföras till den privat finansierade hälso- och sjukvården i stort, oavsett om den sker genom försäkring eller betalas på annat sätt. Däremot bidrar förekomsten av sjukvårdsförsäkringarna till en större privat finansierad marknad.

Eftersom tiden för uppdraget varit kort har vi behövt avgränsa oss på olika sätt. Vi har till exempel inte haft möjlighet att göra någon fördjupad analys av privata sjukvårdsförsäkringar i ljuset av hälso- och sjukvårdslagstiftningens mål om en god hälsa, eller utifrån de krav som finns i lagstiftningen på en god och säker vård. Däremot tangerar vi på olika sätt Socialstyrelsen ramverk om god vård som handlar om att hälso- och sjukvården ska vara säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig och effektiv (Socialstyrelsen 2020).

Både flera av de områden vi lyfter i rapporten och andra aspekter kan vara aktuella att studera närmare framöver.

Slutligen, när vi i rapporten talar om den offentligt finansierade vården och hälso- och sjukvårdens huvudmän avser vi främst den vård som regionerna ansvarar för, eftersom privata sjukvårdsförsäkringar framför allt omfattar sådan vård, snarare än vård som kommunerna ansvarar för.

### **1.1.1 Så här är rapporten disponerad**

I kapitel 2 ger vi en övergripande bild av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. Vi beskriver vem som har en sjukvårdsförsäkring, vad de vanligtvis innehåller och hur de nyttjas. Vi presenterar även olika perspektiv på varför försäkringarna efterfrågas. I kapitel 3 beskriver vi möjliga konsekvenser, såväl risker som nyttor, som privata sjukvårdsförsäkringar kan medföra. I kapitel 4 gör vi en internationell utblick med fokus på utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar i ett antal jämförbara länder. I rapportens avslutande kapitel 5 presenterar vi våra slutsatser. Vi lämnar också ett antal rekommendationer till både regeringen och huvudmän inom regioner.











## Privata sjukvårdsförsäkringar

I det här kapitlet ger vi en övergripande bild av utvecklingen och förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. Vem har en privat sjukvårdsförsäkring? Vilka krav ställer försäkringsbolagen för att man ska få teckna en försäkring? Det är exempel på frågor som vi besvarar.

Vi gör även en sammanställning över den vård och de insatser som vanligtvis erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. I det här kapitlet ger vi även en inblick i hur det går till när man använder försäkringen och inom vilka vårdområden försäkringen vanligtvis nyttjas.

Utöver det presenterar vi även kunskap om varför sjukvårdsförsäkringar efterfrågas – vilka problem de ur olika aktörers perspektiv är till för att lösa.

Kapitlet är baserat på uppgifter från intervjuer samt försäkringsvillkor från företag som erbjuder sjukvårdsförsäkringar. Försäkringsföretagens branschorganisation, Svensk Försäkring, har även bidragit med underlag samt kvalitetssäkrat uppgifterna vi redovisar. Svensk Försäkring uppskattar att de representerar omkring 90 procent av den Svenska marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar.

### 2.1 ALLT FLER HAR EN PRIVAT SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING I SVERIGE

Utöver den offentligt finansierade vården finns det i dag möjlighet att få vård genom privat finansiering, bland annat genom privata sjukvårdsförsäkringar. De tecknas antingen som en individuell försäkring eller som en grupp-försäkring, exempelvis via arbetsgivaren eller ett fackförbund.

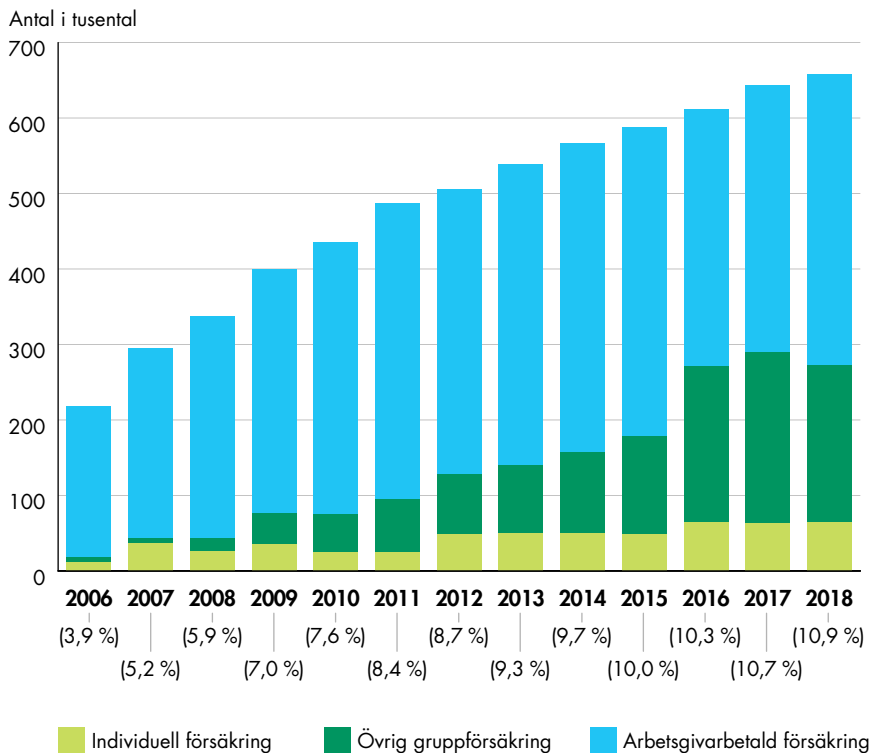
Försäkringarna medför ett skydd mot individuella risker genom att risken fördelas inom en grupp. Till skillnad från hälso- och sjukvård som finansieras offentligt baseras premien för en sjukvårdsförsäkring på risk och är oberoende av inkomst.



Sjukvårdsförsäkringar började säljas i Sverige i början av 1980-talet, då främst till företag som ville ha en försäkring som gav god tillgång till vård för nyckelpersoner bland de anställda (Rehnberg och Garpenby 1995). Fram till år 2000 var det fortfarande mycket ovanligt med privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige, men över tid har det blivit allt vanligare. Enligt statistik från Svensk Försäkring, hade nästan 660 000 svenskar en privat sjukvårdsförsäkring 2018. Det är sex gånger fler än år 2006 och motsvarade ungefär var sjunde sysselsatt i åldern 16 till 64 (Svensk Försäkring 2020a).

Figuren nedan visar utvecklingen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar (uppdelat på typ av försäkring) mellan åren 2006 och 2018.

**Figur 2.** Utveckling och fördelning av privata sjukvårdsförsäkringar.



Källa: (Svensk Försäkring 2018).

Not: Fördelningen på individuell, grupp och arbetsgivarbetald försäkring är inte exakt. Till exempel kan en enskild näringsidkare ha kategoriserats till individuell försäkring medan ett aktiebolag med en anställd kan ha kategoriserats till arbetsgivarbetald försäkring. Inom parenteserna efter respektive årtal anges antalet sjukvårdsförsäkringar i relation till den arbetsföra befolkningen i åldrarna 18-64 år. Statistik över arbetsföra befolkning har hämtats från SCB.

Omkring 90 procent av alla sjukvårdsförsäkringar som tecknades 2018 var gruppförsäkringar, och omkring två tredjedelar av dem tecknades av arbetsgivaren. En större andel av de som arbetar på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda har en försäkring, i jämförelse med arbetsplatser som har flera anställda. När grupp- eller arbetsgivarbetalda försäkringar tecknas erbjuder flertalet försäkringsbolag även att familjemedlemmar kan bli medförsäkrade.

Under de senaste åren har det även blivit allt vanligare att fackförbund och andra organisationer erbjuder sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring. Under 2018 erbjöd hälften av fackförbunden sina medlemmar möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring (Heimersson 2018).

Exempelvis erbjöds sjukvårdsförsäkringar av de flesta av fackförbunden inom Saco samt av en andel av förbunden inom TCO.

Även om privata sjukvårdsförsäkringar blir allt vanligare utgör de fortfarande en mindre del av de totala kostnaderna i den svenska vården. Enligt Svensk Försäkring (2020b) stod sjukvårdsförsäkringar för en procent av de totala kostnaderna för vård i Sverige under 2016. Det avser de totala premieintäkterna i relation till de totala kostnaderna för vård i Sverige. Enligt Svensk Försäkring (2018) var premieintäkterna strax under 3 miljarder år 2016.

## 2.2 PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR I SVERIGE – FÖR VEM?

Försäkringsbolagen ställer vissa krav på den som vill teckna en sjukvårdsförsäkring. Kraven som försäkringsbolagen ställer skiljer sig bland annat beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Hur mycket försäkringen kostar påverkas av hur omfattande den är, den försäkrades ålder samt under vilka förutsättningar försäkringen tecknas. Individer över hela landet tecknar sjukvårdsförsäkringar, men försäkringen är vanligare i storstadsregionerna och i Jämtland. Den är också vanligare i vissa branscher som bygg och anläggning, inom den finansiella sektorn och på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda. Fler män än kvinnor omfattas av försäkringen.



## **2.2.1 För att få teckna en sjukvårdsförsäkring ställer försäkringsbolagen vissa krav**

För att få teckna en sjukvårdsförsäkring kräver försäkringsbolagen att man är folkbokförd och bosatt i Sverige, alternativt arbetar i Sverige och är bosatt i Norden. För att kunna teckna en individuell försäkring kräver försäkringsbolagen också ett godkännande som grundar sig på personens hälsodeklaration eller att en hälsokontroll görs. Det är inte alltid ett krav när försäkringen tecknas genom en gruppförsäkring.

För att en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring ska få tecknas ska man enligt försäkringsvillkoren vara fullt arbetsför. Det innebär att det dagliga arbetet ska kunna genomföras utan inskränkning och att man varken tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall.

Försäkringsbolagen har även en åldersgräns för hur gammal man får vara för att få teckna en sjukvårdsförsäkring. Den exakta gränsen skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen och kan också variera beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Vanligtvis är åldersgränsen för att få teckna en ny sjukvårdsförsäkring mellan 63 och 70 år, men ofta kan man behålla försäkringen längre än så.

## **2.2.2 Premien beror på ålder samt sjukvårdsförsäkringens innehåll och förutsättningar**

Kostnaden för en individuell sjukvårdsförsäkring skiljer sig åt mellan olika försäkringsbolag. Eftersom ålder är en viktig faktor för det förväntade behovet av hälso- och sjukvård ökar också kostnaden, eller premien, för en sjukvårdsförsäkring i takt med stigande ålder. Kostnaden varierar till exempel mellan ungefär 2 000 och 6 000 kronor per år för den som är mellan 30 och 34 år. Motsvarande kostnad för den som är i 65–70-årsåldern är cirka 10 000 till 25 000 kronor (prisuppgifterna är hämtade från ett urval av tre större försäkringsbolag).

Skillnader i kostnader inom en ålderskategori beror till stor del på variationer i innehållet i försäkringen och under vilka förutsättningar sjukvårdsförsäkringen har tecknats. En försäkring med ett mer omfattande skydd har en högre premie. Ett exempel på när premien kan vara lägre är om en sjukvårdsförsäkring tecknas med remisskrav. Det innebär att försäkringen inte täcker några kostnader för specialistvård innan en remiss har utfärdats. Ett annat exempel där premien kan vara lägre är om försäkringen tecknats med självrisk. Då betalar försäkringstagaren en del av kostnaden för att nyttja försäkringen. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring (2020c) säljs ungefär 85 procent försäkringarna med självrisk.

### 2.2.3 Försäkringen vanligare i vissa grupper

År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* Det är en deskriptiv analys av Mårten Palme gjord på uppdrag av Svensk Försäkring. Analysen är baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA). I faktaruta 1 nedan har vi sammanställt ett urval av analysens resultat och slutsatser.

#### Faktaruta 1. "Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige"

- ▶ Nästan två tredjedelar av dem med privat sjukvårdsförsäkring är män. En stor del av könsskillnaden har sin bakgrund i att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer.
- ▶ Det största antalet försäkrade återfinns inom byggnation och anläggning samt inom den finansiella sektorn där juridisk och ekonomisk konsultation inräknas. Störst andel har finansiella tjänster samt juridisk och ekonomisk konsultation (37 procent). Även sektorn som inkluderar media, data, telekommunikation och reklam har en stor andel försäkrade, nästan 25 procent. De försäkrade är däremot tydligt underrepresenterade i sektorer som utbildning, hälso- och sjukvård samt offentlig förvaltning.
- ▶ Sjukvårdsförsäkringar finns i hela landet men spridningen är stor. Antalet sjukvårdsförsäkringar är störst i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne. Mätt som en andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar vanligast i Jämtlands län, där 18 procent har en privat sjukvårdsförsäkring.
- ▶ De försäkrade är överrepresenterade på små arbetsplatser med upp till 30 anställda (15 procent). På arbetsplatser med 4 anställda eller färre var siffran omkring 23 procent. En förklaring till att mindre arbetsplatser i större utsträckning erbjuder privat sjukvårdsförsäkring skulle kunna vara att det är enklare än att tillhandahålla en utbyggd företagshälsovård.
- ▶ Mer än hälften av de försäkrade har en månadsinkomst under 37 000 kronor i månaden, ungefär 25 procent av dem tjänar mellan 37 000 och 52 000 i månaden och cirka 20 procent tjänar mer än 52 000 kronor i månaden. I genomsnitt har personer med sjukvårdsförsäkring högre inkomst än arbetskraften i övrigt.
- ▶ Det är framför allt personer i arbetsför ålder som har en privat sjukvårdsförsäkring – den genomsnittliga åldern är 45 år.
- ▶ De med privat sjukvårdsförsäkring har i genomsnitt ett års längre utbildning än den generella befolkningen. Det kan till största del förklaras av en högre andel högskoleutbildade bland försäkringstagare. Mellan 10 och 14 procent av dem med gymnasieutbildning och 16 procent av dem med eftergymnasial utbildning har en privat sjukvårdsförsäkring.

Källa: Palme 2017.



## 2.2.4 Personer som tecknar en sjukvårdsförsäkring har i genomsnitt en bättre hälsa än övriga befolkningen

Det är välkänt att hälsan skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen (SOU 2016:55). Kvinnor upplever sämre hälsa än män och personer med lägre utbildning skattar sin hälsa som sämre än de med högre utbildning. Den självs kattade hälsan är också högre bland unga personer än bland äldre (Folkhälsomyndigheten 2018).

Det är också välkänt att personer med funktionsnedsättning rapporterar betydligt sämre hälsa, men också har sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med övriga befolkningen. En del av skillnaderna kan förklaras av funktionsnedsättningen i sig men en betydande del hänger ihop med riskfaktorer för ohälsa kopplade till livsvillkor. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i mindre utsträckning och det är särskilt utmärkande bland kvinnor (SOU 2016:55, Folkhälsomyndigheten 2016).

Omkring två tredjedelar av dem som har en sjukvårdsförsäkring är män. Försäkringstagarna har också i genomsnitt en längre utbildning och det är framförallt individer i arbetsför ålder som har en försäkring. Givet de systematiska skillnaderna i frågan om vilka personer som har en försäkring är det också rimligt att anta att personer med försäkring i genomsnitt har en bättre hälsa än övriga befolkningen.

Hälsa relaterar ofta till vårdbehov. Vi har inte haft möjlighet att sammanställa uppgifter över vårdbehoven hos personer med sjukvårdsförsäkring, men vanligtvis täcker inte försäkringarna vård eller insatser som avser medfödda och kroniska sjukdomar eller diagnoser, eller samsjuklighet som kommer därav. Ur det perspektivet är det troligen mindre vanligt att vård genom privata sjukvårdsförsäkringar ges till patienter med större behov än övriga befolkningen.

## 2.3 DET INGÅR I FÖRSÄKRINGARNA OCH SÅ NYTTJAS DE

Sjukvårdsförsäkringar kan fungera på olika sätt i förhållande till den offentliga hälso- och sjukvården. I Sverige innehåller de privata sjukvårdsförsäkringarna framför allt vård och tjänster av det slag som redan erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården, men i viss mån innehåller de även mer. Försäkringarna ger tillgång till ett relativt brett vårdutbud. Vanligast är att sjukvårdsförsäkringen används för insatser inom ortopedi. Det är även vanligt med insatser inom hud, ögon, öron-näsa-hals, gynekologi och urinvägar samt allmän psykiatri. Akutsjukvård är däremot ett exempel på vård som inte erbjuds av något försäkringsbolag. Vidare nyttjas



primärvårdstjänster i begränsad omfattning genom försäkringarna enligt uppgift från Vårdföretagarna.

### 2.3.1 Olika typer av försäkringslösningar

Sjukvårdsförsäkringarna är begränsade i sin omfattning och i Sverige fungerar de främst som ett supplement till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De erbjuder framför allt vård som redan omfattas av det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet men med garantier från försäkringsbolagen om en snabbare tillgång till vård. I viss mån erbjuder de också vård eller tjänster som delvis eller inte alls ingår i det offentliga åtagandet.

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ofta in i tre kategorier beroende på vad försäkringen omfattar och hur de fungerar i förhållande till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Försäkringarna kan fungera som:

- *supplement* – vård som erbjuds i den offentligt finansierade vården men med större möjlighet att välja vårdgivare och snabbare tillgång till vård
- *komplement* – vård och tjänster som delvis eller inte alls erbjuds i den offentligt finansierade vården
- *substitut* – ett skydd för den som inte fullt ut omfattas av den gemensamma hälso- och sjukvården.

### 2.3.2 Försäkringarna omfattar förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering

Försäkringsbolagen erbjuder ofta sjukvårdsförsäkringar på olika nivåer som skiljer sig i sin omfattning. Generellt sett är innehållet detsamma oavsett om försäkringen tecknats individuellt, genom arbetsgivaren eller genom någon annan organisation. Om en arbetsgivare tecknar en sjukvårdsförsäkring omfattar den vanligtvis alla eller delar av arbetsplatsens anställda.

Försäkringen gäller framförallt vård inom Sverige, men en del av försäkringsbolagen uppger även att de erbjuder vård utomlands om det bedöms lämpligt. Övergripande omfattar försäkringarna förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering.

De delar i sjukvårdsförsäkringen som inte avser förebyggande eller rehabiliterande åtgärder förmånsbeskattas om försäkringen tecknats och betalas av arbetsgivaren, medan förebyggande och rehabiliterande insatser är skattefria (se 11 kap. 1 och 18 §§ inkomstskattelagen (1999:1229)). Den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både



skattepliktiga och skattefria insatser kan enligt ett ställningstagande från Skatteverket schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien (Skatteverket, Beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån, dnr 202 259391-19/111).

I faktaruta 2 nedan beskrivs ett urval av innehållet som de allra flesta försäkringsbolag åtminstone på någon nivå erbjuder. Sammanställningen bygger på en genomgång av Kullberg och medförfattare (2019) och fokuserar på sju stora försäkringsbolag i Sverige: Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia, If, EuroAccident och SEB. När vi går igenom villkor för ytterligare försäkringsbolag tycks de i stort överensstämma med vad de erbjuder.

**Faktaruta 2.** Vad innehåller en privat sjukvårdsförsäkring

Övergripande omfattar försäkringarna förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering.

- ▶ Tillgång till sjukvårdsrådgivning och vårdplanering där den försäkrade kan få hjälp med planering och tidsbokning hos de privata vårdgivare som ingår i försäkringsbolagets nätverk.
- ▶ Möjlighet till vård online (kan vara som del av samarbete med exempelvis Kry eller Min Doktor). Vid behov kan läkaren skriva en remiss till den specialiserade vården.
- ▶ Väntetidsgaranti som skiljer sig från den författningsreglerade vårdgarantin. Garanterad första kontakt (rådgivning eller behandling) med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar, och inom 14–21 arbetsdagar vid en operation. Om försäkringsbolagets väntetidsgaranti inte skulle uppfyllas lämnar försäkringsbolagen en ersättning till den försäkrade.
- ▶ Utredning, vård och behandling från sjuksköterskor och läkare samt tillgång till fysioterapeut, kiropraktor, sjukgymnast, naprapat, psykolog (vanligtvis upp till tio besök), psykoterapeut, logoped och dietist.
- ▶ Sjukhusvård, operationsförberedande undersökningar och operation.
- ▶ Ny medicinsk bedömning\*.
- ▶ Vård i hemmet efter operation.
- ▶ Eftervård, rehabilitering och hjälpmedel efter operation eller annan sjukhusvård.
- ▶ Hälsoundersökning.
- ▶ Ersättning för resa och logi i samband med sjukhusvård eller operation.
- ▶ Ersättning för patientavgifter samt läkemedelskostnader inom offentligt finansierad vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet.
- ▶ Ersättning av självrisk vid vård under tillfällig utlandsvistelse.

Källa: Sammanställt utifrån Kullberg m.fl. (2019). \* Vi har inte närmare undersökt hur den nya medicinska bedömningen som försäkringsbolagen erbjuder förhåller sig till den författningsreglerade möjligheten till ny medicinsk bedömning (se 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821)).

En del av sjukvårdsförsäkringarna innehåller exempelvis även vaccination, kriterapi, behandling vid missbruk samt samtalsstöd med psykolog, jurist eller ekonom. Enligt våra intervjuer kan samtalsstöd med en ekonom vara aktuellt för den som exempelvis känner stor stress eller oro över sin privata ekonomi. Det är ett tydligt exempel på när sjukvårdsförsäkringen erbjuder insatser som inte ingår i det offentliga åtagandet och därmed fungerar som ett komplement till den offentliga hälso- och sjukvården.

Enligt intervjuer med företrädare från försäkringsbolag har de förebyggande tjänsterna inom de privata sjukvårdsförsäkringarna en viktig roll för att få försäkringstagare att leva mer hälsosamt och i förlängningen minska behovet av vårdinsatser. Länsförsäkringar delar exempelvis in sin sjukvårdsförsäkring i olika områden där hälsofrämjande tjänster är ett av tre huvudområden (Länsförsäkringar u.å). Som en del av de hälsofrämjande tjänsterna finns möjlighet till webbaserade hälsoprogram för exempelvis oro, stresshantering, sömn, kost och motion.

### **2.3.3 Vård och insatser som vanligtvis inte ingår i de privata sjukvårdsförsäkringarna**

Akutsjukvård ingår inte i någon av försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkring. För de flesta försäkringar gäller att om vården inte finns i privat regi i Sverige så kan försäkringsbolaget inte erbjuda den. Det gäller idag även flera typer av cancerbehandlingar som strålning, vissa operationer, intensivvård (IVA) och högspecialiserad vård (Svensk Försäkring 2020c).

Andra områden som vanligtvis inte ingår är vård eller insatser för långvariga eller kroniska sjukdomar och diagnoser, sjukdom eller skador man haft innan försäkringen började gälla (vanligtvis är det tidsbegränsat och ingår i försäkringen om man varit symptomfri under en viss period), behandling i samband med graviditet eller fertilitet, kosmetiska behandlingar, tandvård, och korrigerande av syn. Som regel ersätts inte heller skador eller sjukdom som uppstår till följd av riskfyllda beteenden som boxning, dykning och bergsklättring.

### **2.3.4 Insatser inom ortopedi är vanligast inom de privata sjukvårdsförsäkringarna**

Genom privata sjukvårdsförsäkringar tillhandahålls ett relativt brett vårdutbud, och att ge en heltäckande bild av det har inte rymts inom vårt uppdrag. Vi har inte heller detaljerade uppgifter om hur den



försäkringsfinansierade vården nyttjas eller hur den fördelas mellan och inom den planerade specialistvården, samt de förebyggande och rehabiliterande insatserna.

I stället utgår vi från de övergripande uppgifter som Svensk Försäkring har sammanställt på vår förfrågan.

Svensk Försäkring anger att de inte samlar in den typen av data regelbundet och att det har skett under tidspress. Det finns därför en osäkerhet i uppgifterna, framför allt när det gäller antalet unika skador. Uppgifterna över antalet operationer uppges däremot vara mer tillförlitliga (Svensk Försäkring 2020c). Skälet är att operationer vanligen faktureras en och en, medan specialistbesök, besök hos naprapat, fysioterapeut med mera, vanligen faktureras flera i taget.

Enligt uppgifter kan omkring 40 procent av försäkringsbolagens kostnader kopplas till förebyggande och rehabiliterande insatser och omkring 60 procent till planerad specialiserad sjukvård (2020c). Det ger en fingervisning om hur insatserna fördelas.

Försäkringsföretagen som erbjuder sjukvårdsförsäkring finansierade år 2018 omkring 248 000 specialistbesök och 26 000 operationer. Motsvarande siffror för 2016 var ungefär 246 000 specialistbesök och 18 000 operationer.

Som referens genomfördes det enligt Socialstyrelsens statistikdatabas totalt (både privat och offentligt finansierad vård) omkring 2,3 miljoner operationer inom öppen specialiserad vård i Sverige 2018. Av dem avsåg omkring 150 000 operationer rörelseapparaten (Socialstyrelsen uå). Antalet försäkringsfinansierade operationer skulle då totalt sett motsvara omkring en procent av alla operationer. Men den andelen kan vara betydligt större och är olika stor inom olika vårdområden. Antalet försäkringsfinansierade operationer inom ortopedi var till exempel omkring 9 700, vilket i relation till samtliga operationer inom rörelseapparaten (privat och offentligt finansierade) utgör 6–7 procent.

Nyttjandegraden, det vill säga hur stor andel av försäkringstagarna som utnyttjar sin försäkring (mätt i antalet unika skador i förhållande till antalet försäkringar), var 2018 fyra procent för operationer och 38 procent för specialistbesök (Svensk Försäkring 2020c).

Av de vårdinsatser som försäkringsföretagen finansierade 2018 var insatser inom ortopedi och rörelseapparaten (axlar, rygg, knä med mera) vanligast. Andra vanliga behandlingar avsåg till exempel insatser inom hud, ögon samt öron-näsa-hals, gynekologi och urinvägar samt psykiatri.

I tabellen nedan beskriver vi de diagnosområden där insatser är vanligast inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Insatser inom ortopedi står för

omkring 35 procent av samtliga insatser. Observera att den uppskattningen utgår från antalet specialistbesök och operationer totalt (unika skador) inte fördelat.

**Tabell 1.** Antal insatser inom olika diagnosområden, nyttjade genom sjukvårdsförsäkringar.

Diagnosområden	Antal insatser		
	2015	2016	2018
Ortopedi	102 118	113 147	96 263
Hud	19 387	22 031	22 497
Ögon/öron-näsa-hals	16 009	16 938	18 993
Gynekologi/urinvägar	13 131	14 744	17 544
Psykatri	12 059	14 277	17 040
Övriga områden	73 472	82 597	101 663

Källa: Svensk Försäkring 2020c. Observera att antalet utgår från antalet specialistbesök (unika skador) och operationer totalt, inte fördelat dem emellan. Antal operationer inom ortopedi var till exempel 9 728 år 2018.

## 2.4 VILKA ÄR UTFÖRARNA OCH HUR GÅR DET TILL?

Vård som erbjuds genom de privata sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Försäkringsbolagen har ett nätverk av privata vårdgivare som de kan vända sig till när en försäkringstagare behöver vård. De privata vårdgivarna som tar emot försäkringspatienter kan ha parallella avtal med flera försäkringsbolag och också med offentliga huvudmän. Den generella bilden som framkommit i våra intervjuer är att vårdgivarna får en högre ersättning för vård av försäkringspatienter jämfört med offentligt finansierade patienter.

### 2.4.1 Försäkringsbolagen samarbetar med privata vårdgivare som utför vården

Vård och tjänster som utförs via en sjukvårdsförsäkring sker genom privata vårdgivare som har avtal med respektive försäkringsbolag. I försäkringsbolagens nätverk ingår vanligtvis privata vårdgivare, verksamma över hela landet. För de flesta försäkringar gäller att om vården inte finns i privat regi i Sverige så kan försäkringsföretaget inte erbjuda den (Svensk Försäkring 2020c). I våra intervjuer framkommer att utbudet av privata vårdgivare är som störst i de större regionerna (se t.ex. DKV hälsa 2020).



När ett behov av sjukvård uppstår kontakter försäkringstagaren försäkringsbolagets vårdplanering. Vårdplaneringarna är bemannade med legitimerade sjuksköterskor som bedömer försäkringstagarens behov och utifrån det bokar in ett besök hos en lämplig vårdgivare i försäkringsbolagets nätverk. Det är vanligt att försäkringsbolagen använder sig av tjänsten ”Boka Doktorn”, där vårdgivarna som har avtal med försäkringsbolag lägger upp tillgängliga tider som sedan kan bokas av vårdplaneringen.

Vårdgivarna som har avtal med försäkringsbolag uppskattar på förhand i vilken omfattning de har möjlighet att ta emot försäkringspatienter. Representanter från försäkringsbolag samt Vårdföretagarna lyfte under en intervju att tider upplåts till försäkringsbolagen utifrån den kapacitet vårdgivaren kan frigöra utan att äventyra avtal med regionen.

Om en försäkringstagare är i behov av vård som inte finns eller inte kan tillhandahållas inom försäkringsbolagens väntetidsgaranti av privata vårdgivare i den egna regionen kan försäkringsbolaget hänvisa försäkringstagaren till en privat vårdgivare i en annan region. Försäkringsbolaget står då för resekostnaderna.

#### **2.4.2 Ersättningen från försäkringsbolag och regioner skiljer sig åt**

Privata vårdgivare kan arbeta på avtal med både försäkringsbolag och regioner. Utifrån de intervjuer vi gjort och de skriftliga underlag vi tagit del av är vår bild att försäkringsbolagen erbjuder en högre ersättning för besök eller åtgärder jämfört med regionerna. Samtidigt har uppskattningarna varierat mycket bland olika aktörer och det är svårt att göra helt rättvisande jämförelser. I de underlag vi tagit del av nämns att närmare uppgifter av konkurrensskäl inte kan delas (Vårdföretagarna 2020).

Ett av Vårdföretagarnas större medlemsbolag uppskattar att försäkringsbolagen betalar mellan 10 och 20 procent mer än regionerna. Samtidigt menar de att det är svårt att göra en rättvis jämförelse eftersom det i avtal med regioner ibland ingår viss medicinsk service såsom laboratorie- eller röntgenundersökningar. Enligt ett annat av Vårdföretagarnas större medlemsföretag är ersättningen från försäkringsbolag 20-50 procent högre än ersättningen inom Vårdval Ortopedi i Region Stockholm.

Ytterligare ett större medlemsföretag inom Vårdföretagarna menar att ersättningen i stort sett är lika men att försäkringsbolagen betalar något högre ersättning än den offentliga sjukvården på områden där det är brist på personal, exempelvis inom urologi.

Ett ytterligare exempel som lyfts i en intervju med representant från Svenska privatläkarföreningen är att försäkringsbolagen generellt betalar 25-50 procent mer än man får i avtal med regionen, men i vissa fall ännu högre ersättning.

I våra intervjuer har det även framkommit att ersättningen varierar både inom vårdområden och mellan försäkringsbolag samt att olika regioner kan betala olika mycket för samma vård. Svensk Försäkring (2020c) menar att det finns flera viktiga aspekter som påverkar ersättningen från försäkringsbolagen och regionerna. För det första köper regionerna upp en betydligt större andel vård än försäkringsbolagen, vilket påverkar priset förhandlingen. För det andra ställer försäkringsbolagen högre krav på tillgänglighet och har väntetidsgarantier, vilket gör att priset blir högre för försäkringsbolagen än för regionerna. Om regionerna ställde samma krav i avtalen med vårdgivare skulle priset bli högre även för dem (Svensk Försäkring 2020c).

## 2.5 EXEMPEL PÅ FÖRSÄKRING MED EN ANNAN KARAKTÄR OCH INRIKTNING

Utöver de mer traditionella sjukvårdsförsäkringarna har vi uppmärksammat en försäkring med en annan typ av inriktning och karaktär. Det är en cancervårdsförsäkring som började erbjudas 2019. Enligt en företrädare för den försäkringen är syftet att komplettera den offentliga cancervården och stärka patientens ställning (Alivia 2020).

I försäkringen ingår bland annat vad de kallar för en ny oberoende medicinsk bedömning, inklusive kompletterande diagnostik och undersökningar för att identifiera och individanpassa cancerbehandlingen.

Enligt vår intervju med företrädaren används den nya medicinska bedömningen för att stödja försäkringstagaren och den behandlande vårdpersonalen med hjälp av internationella specialister. I försäkringen ingår även medicinsk specialist- och sjukhusvård inom EU i de fall försäkringstagaren inte får vård i rätt tid i Sverige. Den kan också omfatta situationer då det finns en internationellt godkänd behandling som inte ges i Sverige men som utifrån en medicinsk utredning bedöms lämplig av de läkare som arbetar inom försäkringen. Försäkringen omfattar även kostnader för läkemedel som inte ingår i högkostnadsskyddet i Sverige.

Försäkringen innefattar alltså till delar sådant som hälso- och sjukvården har författningsreglerade skyldigheter att erbjuda. Exempelvis ska en ny



medicinsk bedömning erbjudas enligt lag under vissa förutsättningar (8 kap. 1 § patientlagen (2014:821)). Dessutom finns olika författningsreglerade möjligheter att få vård i annat EU-land (se t.ex. lagen (2013:514) om regionernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet och förordning (2013:711) om ersättningar för vissa kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård).

Enligt vår intervju med företrädaren ges patienten genom försäkringen hjälp att i praktiken säkerställa tillgång till dessa områden. Hur det faktiskt förhåller sig har vi inte haft möjlighet att fördjupa oss i. Vi har till exempel inte närmare undersökt om det finns praktiska svårigheter för den enskilde, till exempel när det gäller att begära ut tidigare journaler hos samtliga involverade vårdgivare.

## 2.6 OLIKA PERSPEKTIV PÅ VARFÖR SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR EFTERFRÅGAS

Regioner ska erbjuda god vård åt dem som är bosatta där och övriga som omfattas av deras ansvar (8 kap. HSL). Därmed borde behovet av privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar vara litet – men bevisligen efterfrågar och köper individer och företag privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan ha olika förklaringar.

Ett kort svar kan vara att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården brister i tillgänglighet, särskilt vad gäller väntetider, eller att vissa behandlingar inte erbjuds, eller att vården inte är tillräckligt individanpassad. Men verkligheten är troligen mer komplicerad än så. Vissa forskare som har studerat framväxten av sjukvårdsförsäkringar menar att även om bristerna i den offentliga vården är en drivkraft i början kan det så småningom uppstå kulturella drivkrafter kring privata försäkringar (Tynkkynen m.fl. 2018). Ett exempel skulle kunna vara att när det väl finns privata sjukvårdsförsäkringar blir de en statusmarkör i vissa yrken.

### 2.6.1 Försäkringstagaren vill ha något utöver det offentliga erbjudandet

En fråga är varför sjukvårdsförsäkringar efterfrågas ur ett individperspektiv. Att medborgare upplever att vården brister i tillgänglighet eller erbjudande svarar egentligen inte på frågan om varför de efterfrågar och köper just tilläggförsäkringar. I ett land med gemensamt finansierad välfärd, som det svenska, skulle det ur medborgarens perspektiv kunna framstå som en mer naturlig lösning om den offentligt finansierade vården kunde erbjuda



en tillräcklig tillgänglighet och omfattning. Det skulle kräva höjda skatter eftersom omfattningen och utbudet inom den offentligt finansierade sjukvården är beroende av de skatteinkomster som huvudmännen har.

Ett sätt att resonera är att utgå från det så kallade medianväljarteoremet. Det innebär, något förenklat, att partier eller politiker vill maximera antalet röster och därför kommer att anta den politik som medianväljaren föredrar, det vill säga den väljare som delar väljarkåren i två halvor – en som föredrar mer sjukvård och en som föredrar mindre (Hotelling 1929). Det blir då medianväljaren som avgör omfattning och tillgänglighet och därmed hur hög skatten ska vara. De som föredrar mindre sjukvård skulle anse att omfattningen eller tillgängligheten på hälso- och sjukvården är för stor eftersom de föredrar lägre skatt och mindre sjukvård. De som föredrar mycket sjukvård skulle tvärtom anse att omfattningen och tillgängligheten är för låg och vilja ha högre skatt. (Epple och Romano 1996)

De som har en hög betalningsvilja för hälso- och sjukvård kan alltså enligt teorin ha en önskan att betala mer för att få en hälso- och sjukvård med bättre tillgänglighet och större omfattning, vilket är vad de privata hälso- och sjukvårdsförsäkringarna erbjuder. Det finns andra delar av hälso- och sjukvården och närliggande verksamheter som har samma funktion, till exempel alternativmedicin, skönhetsingrepp, psykoterapi och en stor del av tandvården.

### **2.6.2 Arbetsgivare vill ha friska medarbetare och snabbare återgång i arbete**

Ur ett arbetsgivarperspektiv kan det finnas andra skäl till att sjukvårdsförsäkringarna efterfrågas. En drivkraft kan vara att arbetsgivare har ett behov av att hälso- och sjukvården bidrar till färre och kortare sjukskrivningar genom förebyggande insatser, men också snabb tillgång till god vård. Alla arbetsgivare har ett åtgärds- och kostnadsansvar för såväl själva sjukskrivningen som för företagshälsovård (3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160)). Många arbetsgivare väljer att teckna privata sjukvårdsförsäkringar för att uppfylla delar av de skyldigheterna. Vissa, särskilt små, arbetsgivare kan ha kostnadsskäl att använda sjukvårdsförsäkringar som ett alternativ till det traditionella sättet att erbjuda företagshälsovård.

Generellt tycks kunskapen om de privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaron begränsad. Olika studier visar på blandade resultat och orsakssambanden är inte klara. Det finns möjligen vissa indikationer på att sjukvårdsförsäkringar i Sverige kan bidra till en förkortad sjukskrivningstid



för dem som har försäkring (Palme 2017 samt TJP 2008). Andra studier från Norge, kunde inte visa att sjukskrivningar minskar av att en sjukvårdsförsäkring tecknas (se t.ex Rohde m.fl. 2015). Sammantaget behövs mer kunskap för att kunna dra några tillförlitliga slutsatser i den här frågan.

### **2.6.3 Staten kan ha ett intresse av alternativa sätt att finansiera välfärden**

Ur ett mer politiskt perspektiv finns det exempel på att staten i vissa länder på olika sätt vill stimulera framväxten av privata tilläggsförsäkringar. I vilken utsträckning det förekommer är sannolikt kopplat till vilken inriktning som råder i den nationella sjukvårdspolitiken, men ett framträdande skäl är att länder på olika sätt försöker hitta vägar framåt i hur sjukvården ska finansieras. Ökade skatter kan uppfattas som svårframkomligt och då kan privata försäkringar ses som ett alternativ.

Det kan även finnas förväntningar på att försäkringarna genom konkurrens och valfrihet skapar dynamik och incitament för en ökad kostnadseffektivitet som gör att även den offentligt finansierade vården fungerar bättre. Det kan också uppfattas som betydligt enklare, både politiskt och praktiskt, att låta privata försäkringar fylla luckor i den offentliga vården än att reformera hela hälso- och sjukvårdssystemet. Slutligen, för den som har en ideologisk inriktning för exempelvis valfrihet eller privata alternativ i vården kan privata sjukvårdsförsäkringar också uppfattas som ett naturligt inslag (Tynkynen 2018).





## Flera möjliga konsekvenser

Vi har kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa konsekvenser rör personer på individnivå och andra rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Vi belyser även vissa konsekvenser för samhället i övrigt.

I vår kartläggning och analys fördjupar vi diskussionen kring fyra övergripande och centrala områden: risker kopplade till vård efter behov och på lika villkor, påverkan på kapaciteten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, olika perspektiv på hur försäkringarna kan bidra till ett mer diversifierat hälso- och sjukvårdssystem, samt hur befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och viljan att betala skatt kan tänkas påverkas på sikt. Vi beskriver också regionernas skyldighet och möjlighet att följa upp de privata vårdgivarna som de ingår avtal med.

De privata sjukvårdsförsäkringarna står idag för en liten del av den totala hälso- och sjukvårdens kostnader. Samtidigt ser det olika ut inom olika vårdområden och regioner. Hur stora de direkta konsekvenserna är kan därför skilja sig åt. Därtill kan det finnas indirekta konsekvenser och följd effekter som inte är direkt kopplade till de ekonomiska resurserna.

### 3.1 MÖJLIGA KONSEKVENSER FÖR INDIVIDER, VÅRDEN OCH SAMHÄLLET I STORT

Den senaste tiden har konsekvenserna av att allt fler personer har en privat sjukvårdsförsäkring debatterats mycket. Mellan den 16 september 2019 och den 16 mars 2020 publicerades närmare 1 400 artiklar om privata sjukvårdsförsäkringar, enligt en artikelsökning vi gjort i ett mediearkiv (Retriever 2020).



Det är tydligt att det finns olika åsikter om vad det kan leda till (se t.ex. DN 2019a och 2019b, Funktionsrätt Sverige 2019, Öhman och Gladh 2019, Beijbom 2020, Arbetsvärlden 2020, Läkaresällskapet 2020). Flera av frågorna som lyfts i debatten är områden som vi på olika sätt belyser i den här rapporten.

### 3.1.1 Vi belyser fyra områden

Vi har kartlagt och analyserat möjliga konsekvenser (risker och nyttor) av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa konsekvenser rör personer på individnivå och andra rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Vi belyser även vissa konsekvenser för samhället i övrigt. Vi har valt att fokusera på och fördjupa diskussionen kring fyra övergripande och centrala områden (se Figur 3). Det är områden som vi utifrån debatten, kunskapsunderlagen vi tagit del av och våra intervjuer med olika intressenter och experter har bedömt vara de mest direkta konsekvenserna, och som vi har haft möjlighet att fördjupa oss i inom uppdragets tidsram.

Det första området handlar om risker kopplade till vård efter behov och på lika villkor. Det andra området handlar om hur vård finansierad genom privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka kapaciteten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och patienterna som använder det. Det tredje området handlar om olika perspektiv på hur försäkringarna kan bidra till ett mer diversifierat hälso- och sjukvårdssystem. Det fjärde området, slutligen, handlar om hur förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i förlängningen kan tänkas påverka befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och välfärdsstaten i sig, samt viljan att betala skatt.

**Figur 3.** Möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar – fyra centrala områden.



I kapitel 3.2–3.5 kommer vi att beskriva och analysera områdena närmare. Det gör vi både utifrån ett teoretiskt perspektiv och utifrån ett empiriskt perspektiv där vi går igenom kunskapen vi har kring faktiska effekter. Kunskapen är baserad på relevant litteratur och andra underlag som bland annat belyser uppgifter om väntetider och vårdgarantier. I ett sista avsnitt beskriver vi regionernas skyldighet och möjlighet att följa upp de privata vårdgivarna som de ingår avtal med. Vi menar att en ändamålsenlig och systematisk uppföljning är ett viktigt verktyg när utförandet av vården överlämnas till privata aktörer.

### 3.1.2 Annat som lyfts men som vi inte kunnat fördjupa oss i

I intervjuer och debattartiklar har det lyfts en mängd andra möjliga risker och nyttor med privata sjukvårdsförsäkringar som vi med våra begränsade tidsramar valt att inte fördjupa oss i. Ett sådant exempel är moralisk risk, *moral hazard*, som handlar om ”övervård”. Även om den risken kan vara högre när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar (till exempel genom remissfri specialistvård) finns den även inom offentligt finansierad vård. Därtill har försäkringsbolagen utformat villkor för att hantera problemet med moralisk risk (Länsförsäkringar 2015). Under 2013 och 2014 såg Länsförsäkringar att operationskostnaderna för deras kunder ökade kraftigt utan att det fanns någon rimlig förklaring. De initierade då en oberoende granskning av ett större antal slumpmässigt utvalda journaler över utförda operationer av höft, knä och axel. Den visade att över hälften av operationerna inte ansågs vara medicinskt motiverade. Som följd införde Länsförsäkringar under 2015 oberoende medicinsk granskning av alla operationsförfrågningar inom sjukvårdsförsäkringen. Även andra försäkringsbolag, såsom Euro Accident och SEB, använder sig av samma system. Den nya processen har medfört att andelen omotiverade operationer minskat hos försäkringsbolagen (Östlund 2016).

En annan risk som lyfts i våra intervjuer är att privata vårdgivare inte betalar hela kostnaden för sjukvården de levererar, utan så att säga ”åker snålskjuts” på det offentliga systemet. Exempelvis behöver vårdprofessionerna praktik i sina utbildningar, och den sker i huvudsak inom den offentliga verksamheten. I våra intervjuer lyfts att den högre ersättningen som försäkringsbolagen erbjuder ökar kostnaderna för produktionsbortfall (särskilt på marginalen) vilket gör att de privata vårdgivarna kräver högre ersättning för att ta sig an utbildningsuppdrag. Samtidigt tycks det som att



regioner hittat en del lösningar, till exempel möjligheten för ST-läkare att göra en del av sin utbildning hos privata vårdgivare som har avtal med regionen.

Å andra sidan finns det också exempel på hur den offentliga vården skulle åka ”snålskjuts” på de privata vårdgivarna. I våra intervjuer påpekas att innovationsförmågan ökar om vårdgivaren också tar emot försäkringspatienter, och att det även kommer offentligt finansierade patienter till del. Ett exempel är en privat vårdgivare som utvecklade en app med rehabiliteringsövningar i samarbete med, och med finansiering från, ett försäkringsbolag. Även de offentligt finansierade patienterna hos vårdgivaren fick tillgång till appen. Vi utesluter inte att det kan finnas större incitament och bättre förutsättningar för en sådan utveckling när det finns privata sjukvårdsförsäkringar.

Även eventuella skalfördelar och produktivitetsskillnader mellan privata och offentliga utförare har framhållits. Vinstmaximerande företag har starka incitament att öka produktiviteten.

Flera av de här områdena är exempel på sådant som på olika sätt kan tänkas påverka kapaciteten i hälso- och sjukvården. Därför beskriver vi dem även övergripande i kapitel 3.3.

## 3.2 RISKER KOPPLADE TILL VÅRD EFTER BEHOV PÅ LIKA VILLKOR?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet med 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 (3 kap. 1 § HSL).

I det här avsnittet beskriver vi de här centrala bestämmelserna närmare. Utifrån dem diskuterar vi den risk som skulle kunna finnas på systemnivå för att vården inte ges på lika villkor och efter behov för att en del vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar. Vi har inte granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i enskilda fall, utan fokuserar på risker på systemnivå.

Resultat från den nationella väntetidsdatabasen visar att patienter med offentlig finansiering i genomsnitt väntar längre på vård än patienter med privat sjukvårdsförsäkring, både totalt sett och hos gruppen som består av privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle kunna ses som ett förväntat resultat eftersom en poäng med försäkringarna just är att få vård snabbare. Samtidigt



skiljer sig väntetiderna också åt regionalt. Samtidigt som patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i Stockholm, är andelen offentligt finansierade patienter som får förstabesök inom 30 dagar högst i landet.

Vi har gjort en litteraturgenomgång för att ringa in relevant forskning om frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar och hur de påverkar jämlikhet och vård efter behov, men hittat få sådana studier. Däremot har vi inkluderat två studier som mer övergripande undersöker jämlikhet i ljuset av privata sjukvårdsförsäkringar. En sammantagen bedömning från dem är att det finns en risk att frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar leder till en mer ojämlig tillgång till vård.

### **3.2.1 Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen**

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Enligt förarbetena innebär målet att det i princip bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster (prop. 1981/82:97).

Målet om vård på lika villkor innebär inte något formellt krav på att enskilda aktörer ska se till att det är uppfyllt vid varje enskild tidpunkt, utan ger enligt förarbetena uttryck för ett framtida önskvärt tillstånd (prop. 1981/82:97). Det betyder att alla som omfattas av HSL bör sträva mot målet.

För att förtydliga och förstärka målet har riksdagen beslutat om en etisk plattform och allmänna riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Den etiska plattformen består av tre etiska principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (se faktaruta 3).

HSL gäller för kommuner och regioner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården (1 kap. 1 § HSL). HSL gäller också för samtliga vårdgivare, oavsett driftsform, huvudman och finansiering (1 kap. 1 § HSL och prop. 2016/17:43). Det är också tydligt att målet om en god hälsa och en vård på lika villkor, människovärdesprincipen och principen om vård efter behov gäller all hälso- och sjukvård (3 kap. 1 § HSL och prop. 1996/97:60). Hälso- och sjukvårdens huvudmän och vårdgivare har alltså ett ansvar för att följa HSL och att verka för dess målbild. Det gäller både offentliga och privata vårdgivare, och även vårdgivare som bedriver privat finansierad hälso- och sjukvård.



**Faktaruta 3.** Tre etiska principer som grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

**Människovärdesprincipen** är enligt förarbetena den viktigaste principen och innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. (Prop. 1996/97:69)

**Behovs-solidaritetsprincipen** innebär att hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov. Om prioriteringar måste ske bör mer av vårdens resurser gå till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Den innebär också en strävan efter att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt. (Prop. 1996/97:69)

**Kostnadseffektivitetsprincipen** innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Den är underordnad de första två principerna. (Prop. 1996/97:69)

Människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen har lagfästs genom bestämmelsen om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Principerna återfinns också i vissa andra bestämmelser (se t.ex. 15 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.). Det finns också ett krav på offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet att vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Kostnadseffektivitetsprincipen kommer även till uttryck på vissa andra håll i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (se t.ex. 15 § lagen om läkemedelsförmåner m.m., 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen och 2 kap. 3 e § smittskyddslagen (2004:168)).

Försäkringsbolag omfattas däremot inte av HSL (1 kap. 1 § HSL). Försäkringsbolag är alltså inte bundna av HSL:s bestämmelse om att prioritera efter behov eller att respektera alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. De strider alltså inte mot HSL om de begränsar möjligheterna att teckna försäkring på grund av till exempel ålder eller nedsatt hälsa. Även om försäkringsbolagen i formell mening alltså inte gör något fel, finns det en risk för att människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen indirekt undergrävs om möjligheten att teckna en privat sjukvårdsförsäkring, och därmed få vissa fördelar i till exempel väntetider och utbud, påverkas av ålder, funktion i samhället och ekonomiska förutsättningar i stället för av det medicinska behovet.

### 3.2.2 Kan vara svårt att förena vissa konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar med vård på lika villkor och efter behov

Vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bland annat om patienter med mindre behov får vård

före patienter med större behov endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. För om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen (3 kap. 1 § HSL).

Dessutom riskerar prioriteringar utifrån om personer har en privat sjukvårdsförsäkring eller inte att strida mot människovärdesprincipen. Enligt den principen ska inte faktorer som ålder, inkomst och funktion i samhället vara avgörande för tillgången till eller kvaliteten på vården (prop. 1996/97:69). Men i praktiken påverkar sådana faktorer tillgången till privata sjukvårdsförsäkringar, vilket i sin tur alltså kan påverka väntetider och utbud. Att försäkringarna eventuellt kan bidra till snabbare återgång till arbete, vilket är en viktig anledning till att arbetsgivare tecknar försäkringarna och kan ha en positiv samhällsekonomisk påverkan, är inte en faktor som ska avgöra tillgången till vård så som bestämmelserna och förarbetena är skrivna i dag.

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

Det kan i sammanhanget noteras att bestämmelserna och förarbetena kring vård på lika villkor och efter behov är skrivna med utgångspunkt i en hälso- och sjukvård som huvudsakligen är offentligt finansierad (se t.ex. prop. 1981/82:97 och prop. 1996/97:60). I förarbetena tas inte privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privat finansierad vård upp särskilt. Det skulle kunna tyda på att lagstiftaren inte hade förutsett eller avsett ett hälso- och sjukvårdssystem med någon betydande andel privat finansiering, kanske delvis eftersom det var ovanligt när det beslutades om de bestämmelserna.

En delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdköen. Men den situationen träffas inte lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet



först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

### **3.2.3 Huvudmän och vårdgivare har ansvar för vård på lika villkor och efter behov, men bara inom sina ansvarsområden**

Ansvaret för målet om vård på lika villkor och efter behov finns på flera nivåer inom hälso- och sjukvården. Respektive aktör har ansvar för att verka för målet inom ramen för sitt ansvarsområde, men i HSL utpekas ingen aktör som har tydligt ansvar för att målet uppfylls för hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Huvudmännen ska ta hänsyn till och planera verksamheten de ansvarar för utifrån målet om vård på lika villkor och efter behov (1 kap. 1 § HSL och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller i av alla delar av huvudmannaansvaret, till exempel planeringen, styrningen och upphandlingen.

Även varje vårdgivare, oavsett vem som har huvudmannaansvaret eller finansierar vården de bedriver, ska ta hänsyn till målet om vård på lika villkor och efter behov inom ramen för sin verksamhet (1 kap. 1 § HSL och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller till exempel i utformningen av kösystem och utförandet av vården i övrigt.

Också i de vårdprofessionella etiska reglerna återkommer ansvaret om vård efter behov och på lika villkor. Exempelvis anger Läkarförbundets etiska regler att en läkare aldrig ska frångå principen om människors lika värde och aldrig bidra till otillbörlig prioritering av patienter (SLF 2020).

Trots att det här ansvaret finns på de olika nivåerna och de är tänkta att stärka varandra i en gemensam riktning kan det i vissa fall vara svårt att prioritera efter behov, exempelvis för att det kan vara svårt att bedöma behovens storlek och jämföra olika behov med varandra. Enligt förarbetena går det inte att ge någon detaljerad vägledning eller enkla handlingsregler för prioriteringar, utan svårbedömda situationer kommer alltid att finnas (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen syftar däremot till att ge förutsättningar för klarare och medvetna ställningstaganden, eftersom det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet (prop. 1996/97:60).

### 3.2.4 Scenarier som kan innebära att vård inte ges på lika villkor och efter behov

I det här avsnittet resonerar vi kring olika scenarier där förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar kan innebära att vård inte ges på lika villkor och efter behov.

När en person söker vård i den offentliga vården genom exempelvis en egenremiss, en remiss från någon annan del av hälso- och sjukvården eller en operationsanmälan görs en medicinsk bedömning. Patienten ges en prioritering och vården planeras därefter. Figur 4 visar schematiskt hur det kan fungera med prioritering av patienter som väntar på att få vård men som har olika medicinskt stora behov.

Utgångspunkten är att patienter med störst behov får vård snabbare. Låt säga att det finns tre nivåer av behov: prioriteringsgrupp 1, 2 och 3. Grupp 1 innebär hög prioritet, med stora behov, grupp 2 innebär medelhög prioritet och grupp 3 innebär låg prioritet (men det finns ett behov av vård och åtgärd). Vilka kriterier som ligger till grund för de olika prioriteringsgrupperna skiljer sig mellan olika vårdområden. Prioriteringsgrupp 1 kan exempelvis bestå av patienter som har betydande konstant smärta och som påverkas avsevärt i sin vardag av besvären, medan prioriteringsgrupp 3 består av patienter som visserligen har besvär men som klarar sin vardag med hjälp av enklare smärtstillande medicinering.

Medan patienterna i grupp 1 får vård inom exempelvis 20 dagar får patienterna i grupp 3 vänta längre med målet att erbjuda vård inom 90 dagar enligt den författningsreglerade vårdgarantin. Antalet dagar för de olika prioriteringsgrupperna ska bara ses som exempel, men huvudpoängen är att antalet dagar är färre för grupp 1, fler för grupp 2 och ännu fler för grupp 3. Hur många dagar det handlar om är däremot inte givet eller reglerat på något sätt, utöver de yttre ramar som den författningsreglerade vårdgarantin anger. Det kan variera från en verksamhet till en annan och mellan olika sjukdomsområden beroende på hur medicinskt brådskande insatserna är.

Patienter från alla prioriteringsgrupper behandlas parallellt, men verksamheten planeras så att de med större behov får tillträde snabbare medan de med mindre behov får vänta längre. Vård efter behov innebär då att en patient i prioriteringsgrupp 3 kan få vård samtidigt som en patient i prioriteringsgrupp 1, men de har väntat olika länge. Vårdanalys har tidigare analyserat och diskuterat det här i anslutning till den författningsreglerade vårdgarantin, och kunde då konstatera att det arbets sättet användes i många verksamheter vars företrädare vi intervjuade (Vårdanalys 2015).

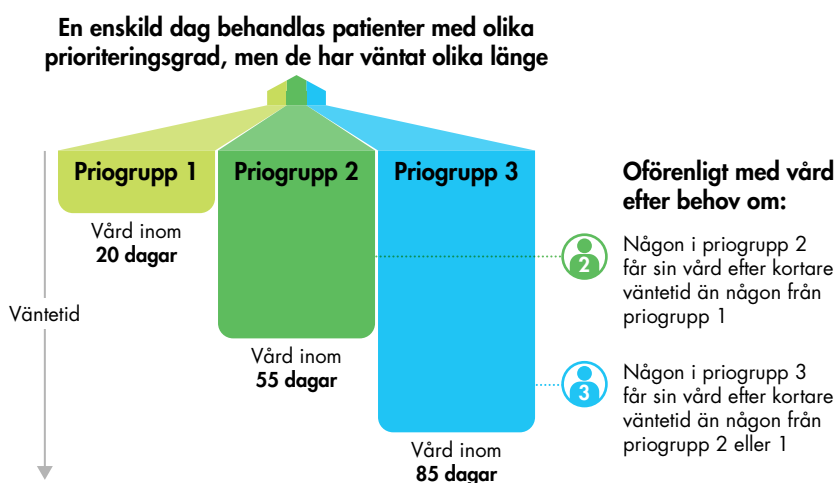


Med utgångspunkt i resonemanget om prioriteringsgrupper ovan ges vård inte efter behov när:

- en patient i prioriteringsgrupp 2 får sin vård efter kortare väntetid än någon i grupp 1
- en patient i prioriteringsgrupp 3 får sin vård efter kortare väntetid än någon i grupp 2 eller 1.

Det gäller oavsett finansieringsform. Det bör alltså inte spela någon roll för prioriteringen om patienten har en privat sjukvårdsförsäkring eller finansieras av det offentliga.

Figur 4. Schematisk illustration av vård efter behov och väntetider.



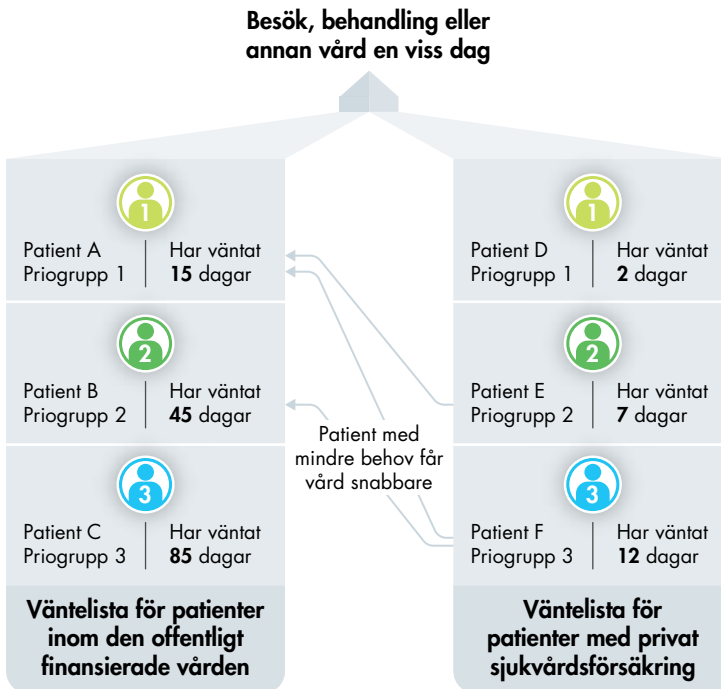
Figur 5 ger ett exempel på en situation där vården inte ges efter behov. Låt säga att det en viss dag ryms sex patienter för behandling av något slag. Tre av dem är offentligt finansierade och tre av dem har en privat sjukvårdsförsäkring. Figuren visar hur deras prioriteringsgrad skiljer sig åt och hur länge de har väntat när det är dags för deras behandling. Den här dagen har bland annat en offentligt finansierad patient med hög prioritering (patient A, prioriteringsgrupp 1) väntat 15 dagar, medan en patient med låg prioritering (patient C, prioriteringsgrupp 3) har väntat 85 dagar. En privat finansierad patient med hög prioritering (patient D, prioriteringsgrupp 1) har väntat 2 dagar och en med låg prioritering (patient F, prioriteringsgrupp 3) har väntat 12 dagar. Alla patienter A–F får alltså vård samma dag. När patient E får vård

snabbare, det vill säga har väntat kortare tid, än patient A, och patient F får vård snabbare än patient A och B, ges inte vården efter behov.

Exemplet kan ses antingen på systemnivå, där patienterna med offentlig respektive privat finansiering representerar sådana patienter i systemet som helhet, eller som ett exempel inom en viss verksamhet som tar emot både offentlig och finansierade patienter.

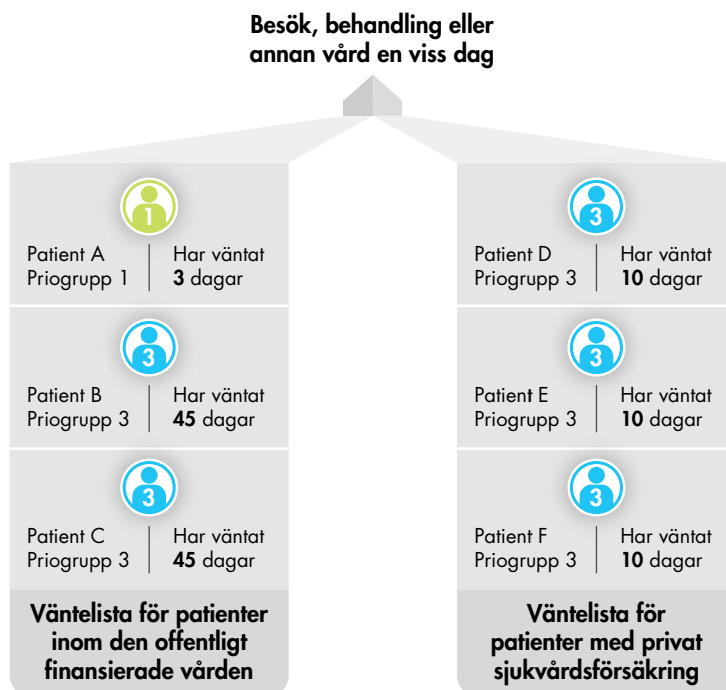
Verkligheten är förstås inte lika renodlad som i exemplet, och i vissa fall kan det vara svårt att prioritera efter behov, exempelvis för att det kan vara svårt att bedöma behovens storlek och jämföra olika behov med varandra. I det enskilda fallet kan det också finnas praktiska (icke-medicinska) omständigheter som gör att vissa patienter får vänta längre på vård. Det kan handla om att patienten själv väljer att vänta för att få en tid som passar hen, uteblivna besök, att patienten blir sjuk, eller akutfall som gör att verksamheten behöver planera om. Sådan hänsyn behöver förstås tas, men trots det bör det sammantaget inte finnas systematiska skillnader på gruppnivå mellan patienter med och utan sjukvårdsförsäkring. Det är också viktigt att ha i åtanke att de medicinska riskerna av att vänta längre på vård kan skilja sig mellan sjukdomsområden.

**Figur 5.** Exempel på situation där vården inte ges efter behov. Kan ses som exempel på systemnivå såväl som i en enskild verksamhet som tar emot både offentlig och privat finansierade patienter.



Att vården inte ges efter behov i exemplet i figur 5 beror alltså både på patienternas medicinska prioritering och hur länge de har väntat. Patienter med en lägre prioritering ska inte komma till vården snabbare än patienter med en högre prioritering. En annan möjlig situation är en verksamhet där de flesta patienter bedöms ha lika stora behov och där besvären inte är så högt medicinskt prioriterade (grupp 3) (illustration i figur 6). I den exempelsituationen är det bara patient A som har en hög prioritet (prioriteringsgrupp 1). Det är en offentligt finansierad patient som också får vård snabbt. Patienterna B–F har alla en lägre prioritet (grupp 3), men det är tydligt att patient D–F som har en privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än de offentligt finansierade patienterna B och C med lika stora behov. Men till skillnad från det tidigare exemplet frångås inte principen om vård efter behov på samma sätt här, eftersom de privat finansierade patienterna inte får vård snabbare än någon offentligt finansierad patient med en högre prioritet. Däremot kan det strida mot principen om vård på lika villkor och människovärdesprincipen om två personer med och utan försäkring hanteras olika genom att få vänta olika länge trots lika stora behov.

**Figur 6.** Exempel där vården ges efter behov, men olika snabb vård för offentligt och privat finansierade patienter. Kan ses som exempel på systemnivå såväl som i en enskild verksamhet som tar emot både offentligt och privat finansierade patienter.





### 3.2.5 Vad vet vi om faktiska effekter på frågan om vård efter behov?

I december 2019 publicerade Dagens Nyheter en granskning där flera vårdbolag angav att privat sjukvårdsförsäkring innebar snabbare vård (DN 2019a). Även i våra intervjuer framkommer exempel. Vårdförbundet lyfte i en intervju att de från flera medlemmar fått höra exempel på tillfällen när prioriteringen av patienter med sjukvårdsförsäkring är problematisk. Det finns exempel på situationer då läkare har remitterat patienter med privat sjukvårdsförsäkring, från sin privata mottagning direkt till sig själv på en annan klinik. Den prioriteringen gjordes alltså inte av operationskoordinatorerna utifrån en sammantagen prioritering av alla patienter som väntar på vård eller åtgärder. Det är bara ett ytterligare exempel på en enskild situation, och det finns inga studier eller sammanställningar på i vilken utsträckning sådana situationer förekommer.

I arbetet med rapporten har vi försökt skaffa en något bredare bild av sådana här utsagor. Vi har därför, för ett urval av vårdområden och regioner, hämtat information från den nationella väntetidsdatabasen för att undersöka om det förekommer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering, utan att det motiveras av deras medicinska behov. Vi har också sökt i forskningslitteraturen efter studier som handlar om frivilliga privata sjukvårdsförsäkringars effekt på jämlikhet.

#### *Patienter med offentlig finansiering väntar ofta mer än 30 dagar på vård*

Med hjälp av information från den nationella väntetidsdatabasen har vi undersökt hur länge patienter med offentlig finansiering väntar på förstabetesök respektive start av behandling inom den specialiserade vården hos vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. De vårdområden som ingår i redogörelsen är: hudsjukvård, ortopedi, urologi, rygckirurgi, ögonsjukvård och öron-näsa-halssjukvård. Vi redovisar resultat för de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. I bilaga 3 beskriver vi närmare hur vi genomfört analysen.

Resultaten visar att patienter med offentlig finansiering ofta väntar mer än 30 dagar på vård, i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården totalt men även hos gruppen vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Hur stor andel av patienterna som får sitt förstabetesök eller sin åtgärd inom 30 dagar varierar mellan vårdområden och regioner. Inom flera av de vårdområden som ingår i vår analys är det omkring hälften eller fler av de offentligt finansierade patienterna som väntar mer



än 30 dagar på förstabesök respektive åtgärd (se bilaga 3 för mer detaljerad resultatredovisning).

Resultaten kan jämföras med de tidsgränser som ofta gäller för försäkringspatienter. Från försäkringsvillkoren vet vi att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får sitt besök inom 3–7 dagar och en åtgärd inom 14–21 dagar. Enligt Svensk Försäkring är det tidsgränser som i princip alltid efterlevs (annars betalas ersättning ut till försäkringstagaren), och ofta får patienten vård även snabbare än så. Vi drar därför slutsatsen att informationen i väntetidsdatabasen visar att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

En begränsning i resultaten är att det kan finnas några vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen med regionerna (se bilaga 3 för vidare diskussion).

En annan begränsning i resultaten är att det saknas information om patienternas behov: hur allvarlig åkomsten har bedömts vara. Den informationen saknas även för patienterna med privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att vi inte vet om och eventuellt hur behoven skiljer sig mellan de två typerna av patienter. Om de som får vård genom privat sjukvårdsförsäkring har större och mer brådskande behov skulle det kunna motivera att de får vård snabbare. Men generellt finns det snarare tecken på att den totala gruppen med privat sjukvårdsförsäkring har bättre hälsa än befolkningen som helhet (se avsnitt 2.2.4).

Samtidigt är det redan känt att både väntetiderna och vårdgarantins efterlevnad skiljer sig betydligt mellan regioner och även mellan verksamheter inom en region (se t.ex. Vårdanalys 2015 och 2017b). Samtidigt som patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i Stockholm är andelen offentligt finansierade patienter som får förstabesök inom 30 dagar högst i landet (se bilaga 3).

Väntetider kan alltså skilja sig i även andra dimensioner än mellan patienter med och utan sjukvårdsförsäkring. Utöver regionala skillnader kan det också finnas skillnader mellan exempelvis socioekonomiska grupper. Skillnaderna kan även vara omotiverade i bemärkelsen att de inte beror på medicinska behov. När det gäller skillnader mellan patienter med och utan sjukvårdsförsäkring är det samtidigt tydligt vad det är som ligger bakom och driver skillnaden, nämligen en specifik produkt som går att köpa sig genom ett medvetet val, alltså innehavet av en sjukvårdsförsäkring. När det gäller

många andra sedan tidigare kända skillnader, exempelvis mellan regioner, är förklaringarna av ett annat slag. Ofta handlar det inte om enskilda och specifika faktorer där medvetna val görs, utan snarare om exempelvis skilda förutsättningar, organisering och ledarskap.

### *Begränsad forskning om privata sjukvårdsförsäkringar och jämlikhet*

Vi har också sökt i forskningslitteraturen efter studier som handlar om frivilliga privata sjukvårdsförsäkringars effekt på jämlikhet, men hittade endast ett fåtal sådana studier. Med frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar menar vi försäkringar som samexisterar med det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Försäkringarna kan vara komplementära och supplementära och är utformade i relation till vad som erbjuds i den offentligt finansierade sjukvården, därmed fungerar de ofta olika mellan länder. Frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar kan jämföras med obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringar som personer kan vara tvungna att ha enligt lag i vissa länder (Kiil 2012, Søgaaard m.fl. 2013). Mossialos och Thomson (2002) har studerat marknaden för, och regleringar av, privata sjukvårdsförsäkringar i EU. I studien diskuteras också frivilliga privata sjukvårdsförsäkringars effekt på jämlikhet med utgångspunkt i tidigare studier. De lyfter att det saknas forskning på området och resonerar vidare att det finns tecken på att privata sjukvårdsförsäkringar kan medföra en ojämlig tillgång till vård eftersom försäkringarna ger snabbare tillgång till vård för dem som har försäkringen.

Bambra m.fl. (2014) har genomfört en systematisk översikt för att ta reda på hur jämlikheten i vården påverkas av organisatoriska och finansiella reformer såsom ökade inslag av privat finansiering eller en mer marknadsanpassad vård, och har då inte enbart fokuserat på privata sjukvårdsförsäkringar. Litteraturöversikten var fokuserad på höginkomstländer och inkluderade nio studier från sex länder, däribland Sverige (dessa handlade inte direkt om privata sjukvårdsförsäkringar) och Storbritannien. Studierna tyder på att reformerna antingen har en negativ inverkan på jämlikheten eller att det inte går att dra några slutsatser från studieresultaten. De konstaterar dessutom att få av översiktsstudierna har hög kvalitet och att det behövs flera studier som är applicerbara på europeiska hälso- och sjukvårdssystem. Flera av studierna utgår nu från USA, vars hälso- och sjukvårdssystem inte är jämförbara med flera av de europeiska länderna. Bambra m.fl. (2014) lyfter en studie från Frankrike som visar att privata sjukvårdsförsäkringar bidrog till en mindre jämlik tillgång till vård.



I bilaga 2 presenterar vi hur vi har arbetat och vilka avgränsningar vi har gjort för att ringa in relevant forskning. Till exempel beskriver vi hur vi gjorde sökningarna och vilka länder vi valde att fokusera på i genomgången av forskningslitteratur.

### 3.3 HUR PÅVERKAS KAPACITETEN I DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN?

En annan möjlig konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar som framkommit i debatten är hur de kan tänkas påverka kapaciteten och patienterna i det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Vissa menar att när patienter med privata sjukvårdsförsäkringar behandlas tas sjukvårdspersonal, lokaler och utrustning i anspråk, som annars hade kunnat användas i den offentligt finansierade vården. Det påverkar då kapaciteten i det offentliga systemet negativt. Andra menar i stället att sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade sjukvården genom att ekonomiska resurser tillförs. På så vis gynnas även de offentligt finansierade patienterna med kortare väntetider som följd.

Frågan är komplex, med flera faktorer och dynamiska effekter som kan påverka och påverkas på kortare och längre sikt. I det här avsnittet beskriver vi några sådana faktorer och dynamiska effekter, och i vilken utsträckning de kan förväntas leda till positiva eller negativa konsekvenser för patienter i den offentligt finansierade vården. Utifrån den nationella väntetidsdatabasen ser vi att privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin eller andra krav på tidsgränser enligt avtalen gentemot regionen. Det gör det svårare att se att det skulle finnas ”ledig kapacitet” hos en del av dem, och det minskar också möjligheten att de privata sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Vi har också sökt i forskningslitteraturen för att ta reda på om det finns evidens som kan peka på vilken effekt privata sjukvårdsförsäkringar har på den sammanlagda kapaciteten i vården. Vi har hittat få sådana studier. Men ett exempel från forskningen visar att arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar har inneburit en lägre total användning av offentligt finansierad sjukhusvård Danmark (Søgaard m.fl. 2013).

### 3.3.1 Både kapaciteten och antalet patienter kan öka eller minska

Utgångspunkten för vår beskrivning är dels kapaciteten i den offentligt finansierade vården, dels antalet patienter som söker offentligt finansierad vård. Det är förhållandet däremellan som till stor del avgör hur patienterna i den offentligt finansierade vården påverkas. Vård som är finansierad av privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka både kapaciteten och antalet patienter i den offentligt finansierade vården på olika sätt.

Med kapacitet menar vi här den totala mängden vård som det offentliga systemet, med offentliga och privata utförare sammantaget, har möjlighet att erbjuda vid en viss tidpunkt. Vårdpersonal, lokaler, utrustning, och ekonomiska resurser är exempel på resurser som kan påverka och begränsa kapaciteten.

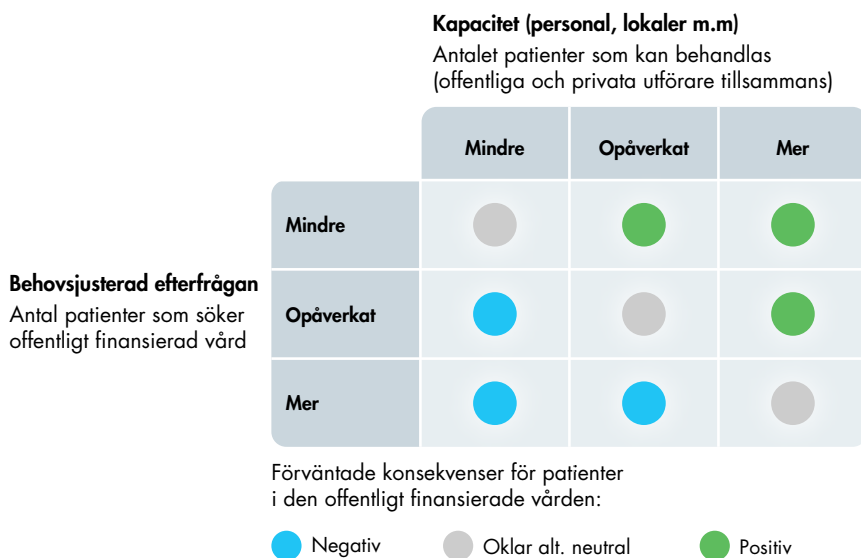
Med antalet patienter som söker offentligt finansierad vård menar vi den samlade behovsjusterade efterfrågan på offentligt finansierad vård. Det innebär alltså inte enbart antalet patienter, utan också den samlade vårdtyngden hos patienterna. Med andra ord kan den totala behovsjusterade efterfrågan öka, även om antalet patienter inte gör det. Måttet innehåller alltså både antalet patienter och den komplexitet på vården de kräver.

Figur 7 visar när konsekvenserna kan förväntas vara positiva eller negativa för de offentligt finansierade patienterna, beroende på om kapaciteten respektive efterfrågan inom den offentligt finansierade vården ökar, minskar eller är opåverkad som en följd av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Om exempelvis mängden vård som kan erbjudas inom det offentligt finansierade systemet skulle minska, samtidigt som antalet patienter och vårdtyngden kvarstår, skulle gapet mellan kapaciteten och den behovsjusterade efterfrågan bli större. Det skulle i sin tur kunna innebära längre köer för patienter inom den offentligt finansierade vården. Hur en sådan negativ konsekvens skulle påverka patientsäkerheten och den medicinska risken för patienterna som drabbas skiljer sig sannolikt mellan olika sjukdomsområden. Vid vissa tillstånd kan det ha stor betydelse medan det har mindre betydelse för andra tillstånd.

Om både kapaciteten och antalet patienter skulle minska är det svårare att säga vilken den totala effekten skulle bli, för det beror på hur mycket varje del minskar.



**Figur 7.** Potentiell påverkan av privata sjukvårdsförsäkringar för patienter i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.



Om kapaciteten i den offentligt finansierade vården å andra sidan vore opåverkad, genom att den privata sjukvårdsförsäkringen tillför resurser utöver det som görs i den offentliga vården, samtidigt som en del patienter skulle få vård genom försäkringen i stället för att söka sig till den offentligt finansierade vården, skulle det kunna innebära en positiv konsekvens även för patienterna i den offentligt finansierade vården: en opåverkad kapacitet men färre patienter, alltså en avlastning.

Hur stor avlastningen är avgörs av hur stor del av efterfrågan det privat finansierade systemet tar över i förhållande till kapaciteten. Störst blir avlastningen om kapaciteten är opåverkad (eller till och med ökar) och alla de patienter som vår vård genom sin privata sjukvårdsförsäkring annars hade fått vård inom den offentligt finansierade vården. Om priserna vore högre för försäkringsersatta vårdtillfällen än för offentligt finansierad vård, exempelvis om löner och andra kostnader vore högre eller om mer omfattande utredningar och diagnostiska tester genomfördes inom den privat finansierade vården, vore det här ett dyrt sätt att tillföra resurser på, jämfört med om de skulle tillföras genom höjda skatter (och sen fördelas efter behov). Genom att tillföra samma mängd resurser genom skatter skulle totalt mer hälso- och sjukvård kunna produceras. Men i praktiken finns det flera svårigheter med att tillföra offentliga resurser på ett sätt som motsvarar de

privata sjukvårdsförsäkringarna. På motsvarande sätt vore försäkringarna ett förhållandevis billigt sätt att tillföra resurser om priserna för den försäkringsersatta vården är lägre än för offentligt finansierad vård.

### 3.3.2 Vad är det som gör att kapaciteten och efterfrågan ökar eller minskar?

Om kapaciteten och den behovsjusterade efterfrågan inom den offentligt finansierade vården ökar, minskar eller inte påverkas alls har många skäl, och förändringar kan förväntas på kort och längre sikt. Vad utvecklingen med de privata sjukvårdsförsäkringarna leder till är därför inte alldeles enkelt att säga. Nedan resonerar vi kring när antalet patienter som kan behandlas (kapaciteten) och antalet patienter som söker offentligt finansierad vård (efterfrågan) kan tänkas öka, minska eller förbli opåverkad. På kort sikt är risken för negativa konsekvenser för patienterna i det offentliga systemet större om det inte finns ledig kapacitet hos de privata vårdgivarna. Det gäller inom vårdområden där det råder brist på kritisk vårdpersonal och om den vård som ges genom privata sjukvårdsförsäkringar inte hade getts inom den offentliga finansierade vården. På längre sikt bör en del av problemen med eventuella ”bristyrken” kunna mildras genom en välplanerad kompetensförsörjning. På längre sikt kan en större mängd privat finansierad vård också leda till att kostnaderna ökar inom den offentliga vården samt att förväntningarna och kraven på den offentligt finansierade sjukvården förändras. Det kan i sin tur kräva mer resurser.

I dag uppskattas vården som ges inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar vara omkring en procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Men det ser olika ut inom olika vårdområden och mellan regioner. Lapidus (2015) lyfter till exempel att det skapas en mångfald av utförare som även kan ta emot privat finansierade patienter när vård som tidigare bedrivits på sjukhus i offentlig regi läggs ut på vårdval. Inom vissa områden kan den privat finansierade vården vara en betydligt större del.

Det innebär att även om effekterna på kapaciteten totalt sett är små kan de vara mer betydande inom vissa delar av hälso- och sjukvården. Det gäller både eventuella negativa effekter på den offentligt finansierade vården och eventuell avlastning.

#### *Kapaciteten kan minska om begränsade resurser tas i anspråk*

Om den totala hälso- och sjukvården (både offentlig och privat finansierad vård) blir större kan det innebära att konkurrensen om vårdpersonal ökar.



Om den privat finansierade vården tar vårdpersonal (eller andra fysiska resurser) i anspråk som annars hade använts till den offentligt finansierade vården blir antalet patienter som kan behandlas med offentlig finansiering mindre. Risken för det är större om det inte finns ledig kapacitet hos de privata vårdgivarna och om mängden vårdpersonal är begränsad. Flera av de personer som vi har intervjuat har framfört att de ser en särskild risk inom så kallade ”bristyrken”, alltså där det är särskilt svårt att hitta rätt kompetens. På längre sikt skulle en välplanerad kompetensförsörjning kunna minska sådana problem. Men den offentliga hälso- och sjukvården behöver också kunna erbjuda personalen tillräckligt bra villkor för att de ska vilja jobba för den offentligt finansierade vården i stället för den privata.

Försäkringsbolagen erbjuder ofta en högre ersättning till vårdgivare jämfört med den ersättning regionerna erbjuder. Det kan bidra till att lönerna för vårdpersonalen i den privata sektorn hålls på en högre nivå, vilket i sin tur kan innebära att det är lättare för den privata sektorn att attrahera personal. Effekten för det offentligt finansierade systemet kan bli att det blir svårare att hitta tillräckligt med personal, men också att lönekostnaderna pressas upp även där. Högre löner innebär högre kostnader för den offentliga vården och att det blir dyrare att tillhandahålla vård. Resurserna behöver alltså öka i motsvarande omfattning eller kapaciteten minska.

### *Opåverkad kapacitet i det offentliga systemet om den privata sektorn har ”ledig kapacitet”*

Om den privat finansierade vården utförs utöver den vård som ändå skulle ges inom ramen för det offentligt finansierade systemet, med så kallad ”ledig kapacitet”, påverkas inte antalet patienter som kan behandlas i den offentligt finansierade vården. Ledig kapacitet kan innebära fler arbetade timmar utöver dem som görs för den offentliga vården av personalen, exempelvis för att försäkringspatienterna ger bättre betalt.

Ett sätt att belysa förekomsten av ledig kapacitet hos privata vårdgivare är utifrån i vilken utsträckning de efterlever kraven de har på sig gentemot regionen. Om vårdgivarna uppfyller sina avtal med regionen, exempelvis när det gäller avtalade vårdtillfällen och väntetider, kan det sägas finnas ledig kapacitet hos vårdgivaren om den har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen. Så länge vårdgivaren följer kraven som ställs i avtalet, är vården som erbjuds till privat finansierade patienter utöver vad som erbjuds inom den offentliga vården. Om regionen anser att de behöver öka antalet vårdtillfällen, behöver de öka omfattningen i avtalen.

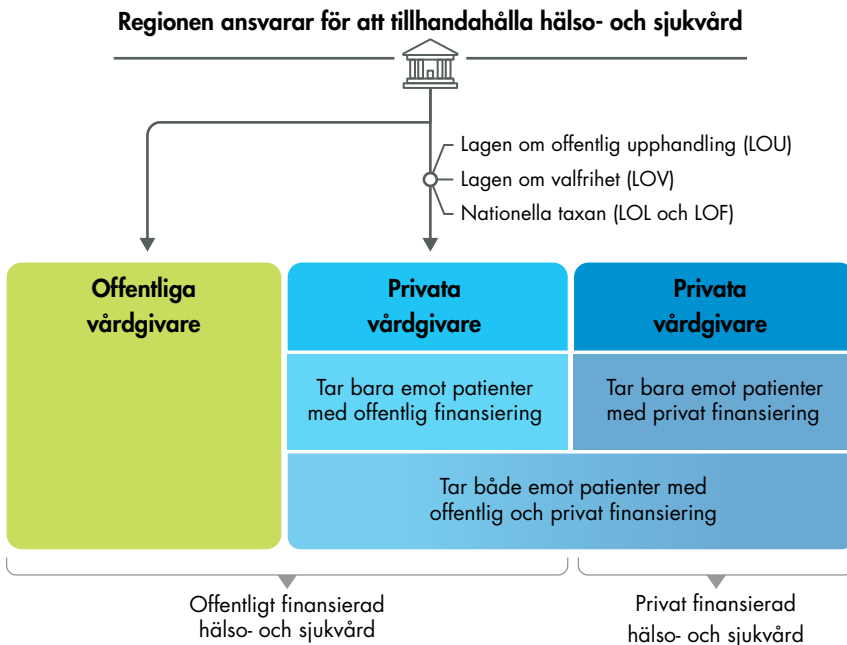


Det som avgör om kraven på volym och väntetider kan sägas vara uppfyllda varierar beroende på vilket avtal som ingåtts mellan regionen och en privat vårdgivare och vad som gäller enligt avtalsvillkoren.

När avtal sluts med privata vårdgivare görs det i huvudsak på tre olika sätt: genom lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, lagen om valfrihet (2008:962), LOV, eller genom den så kallade nationella taxan (lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF). LOV gäller när regionen beslutat att tillämpa valfrihetssystem, så kallade vårdval, vilket är obligatoriskt för regionerna inom primärvården men frivilligt i annan vård (7 kap. 3 § HSL).

Det finns vissa skillnader mellan de olika sätten att sluta avtal. När det gäller LOU fastställs volymen ofta i förfrågningsunderlaget, och regionen upphandlar därmed ett visst antal vårdtillfällen. Vid upphandlingar enligt LOU förekommer det också att regionen anger en uppskattad volym. När det gäller LOV och den så kallade nationella taxan avtalas inte om någon särskild volym utan tanken är att de ska följa patienternas val. Det är svårt att säga att ett avtal med regionen har uppfyllts om privat finansierade patienter tas emot i verksamheter som omfattas av ett avtal med regionen, samtidigt som vårdgivaren inte levererar det den ska enligt avtalet med regionen. När det gäller avtal enligt LOV går det i princip aldrig att säga att vårdgivaren levererat den volym den åtagit sig, men det kan vara fallet enligt vissa avtal enligt LOU.

Figur 8. Tre huvudsakliga regleringar för att sluta avtal med privata vårdgivare.



*Kapaciteten kan öka - givet att privata aktörer väljer att fortsatt ägna sig åt offentligt finansierad vård*

Om privata vårdgivare inte skulle vara tillåtna att ta emot både patienter med offentlig finansiering och privata sjukvårdsförsäkringar är det möjligt att vissa vårdgivare skulle välja att enbart verka inom privat finansierad hälso- och sjukvård. Genom att de kan ta emot både offentligt finansierade patienter och patienter med sjukvårdsförsäkring finns därför en möjlighet till ökad kapacitet i den offentliga vården, eftersom fler privata vårdgivare kan bidra. Samtidigt har regionerna ett ansvar i egenskap av huvudmän att planera om och säkerställa att tillräckligt många vårdtillfällen produceras på annat sätt (7 kap. 2 § HSL).

*Efterfrågan på offentligt finansierad vård kan minska om en del patienter använder privat finansierad vård i stället för den offentliga vården*

Om åtminstone en del av de patienter som får vård genom sin privata sjukvårdsförsäkring annars hade sökt och bedömts ha behov av vård inom den offentligt finansierade vården, innebär de privata sjukvårdsförsäkringarna att antalet patienter som söker offentligt finansierad vård blir färre.

*Efterfrågan på offentligt finansierad vård kan minska om försäkringarna har ett stort fokus på förebyggande arbete*

En del av de tjänster som erbjuds i sjukvårdsförsäkringarna har ett förebyggande syfte. Det förebyggande arbetet kan avlasta hälso- och sjukvården genom en minskad sjukdomsburda. Om exempelvis en mildare form av psykisk ohälsa kan avhjälpas på ett tidigt stadium är det möjligt att samma person slipper efterfråga större (och potentiellt dyrare) insatser i senare skede. Samtidigt innebär det en vinst för individen som mår bättre, och potentiellt för samhället genom minskad sjukfrånvaro. Enligt kommissionen för jämlik hälsa är psykiska problem den enskilt största sjukskrivningsorsaken bland personer i arbetsför ålder (SOU 2016:55).

Försäkringsbolagen erbjuder ofta sina kunder att teckna både en sjukvårdsförsäkring och sjukförsäkring. En sjukförsäkring är en inkomstförsäkring som kompenserar den försäkrade mot inkomstbortfall vid sjukdom. Vid sjukskrivning belastas alltså en annan försäkring, vilket skapar incitament för försäkringsbolagen att satsa på förebyggande insatser och snabb rehabilitering. Om försäkringarna bidrar med bra förebyggande och rehabiliterande insatser kan det minska efterfrågan på offentligt finansierad

vård eftersom personerna då inte behöver vända sig dit på kortare eller längre sikt. Samtidigt har även personer utan privat sjukvårdsförsäkring i många fall tillgång till arbetslivsinriktade förebyggande och rehabiliterande insatser genom den företagshälsovård som arbetsgivare har som lagstadgat krav att tillhandahålla.

*Efterfrågan på offentligt finansierad vård förblir opåverkad om den privat finansierade vården gör sådant som inte skulle göras inom den offentliga vården*

Om all vård som utförs inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna är ”extra”, alltså vård som inte hade utförts om patienterna sökt vård inom den offentligt finansierade vården eller om de inte alls hade sökt vård där, påverkas inte antalet patienter i den offentligt finansierade vården. Även en kombination av färre och fler patienter (se ovan respektive nedan) kan tillsammans innebära ett opåverkat antal.

*Efterfrågan på offentligt finansierad vård kan öka om försäkringarna leder till biverkningar och komplikationer som behöver åtgärdas i den offentliga vården*

Om vård som genomförs inom ramen för de privata sjukvårdsförsäkringarna leder till biverkningar, komplikationer eller behov av exempelvis operationer, och det inte hade inträffat om patienterna sökt den offentligt finansierade vården i första läget, kan det innebära ett ökat tryck genom flera patienter i den offentligt finansierade vården på sikt.

*Efterfrågan på offentligt finansierad vård kan öka om försäkringarna bidrar till ökade förväntningar på insatser där*

Om den vård som erbjuds genom privata sjukvårdsförsäkringar är mer omfattande eller generösare, exempelvis när det gäller vilka åtgärder som erbjuds eller vilka besvär som krävs för att en behandling ska bli aktuell, kan även förväntningarna och kraven på den offentligt finansierade sjukvården förändras på sikt. Det kan också gälla väntetider. På så vis kan privata sjukvårdsförsäkringar fungera som ett tryck på den offentliga vården, som kan leda till att mer resurser krävs (eller att förändring sker inom ramen för befintliga resurser).



### 3.3.3 Vad vet vi om faktiska effekter – minskad kapacitet eller avlastning?

Frågan om vilken effekt privata sjukvårdsförsäkringar har på den sammantagna kapaciteten och efterfrågan i det offentligt finansierade systemet är komplex. Sammantaget kan vi konstatera att det saknas mycket kunskap och underlag som belyser alla de möjliga konsekvenser som vi har beskrivit i avsnitten ovan.

För ett urval av vårdområden och regioner har vi hämtat information från den nationella väntetidsdatabasen. Vårt syfte har varit att undersöka om privata vårdgivare som tar emot både patienter med offentlig finansiering och privata sjukvårdsförsäkringar efterlever den författningsreglerade vårdgarantin eller andra tidsgränser som sätts upp i avtalen med regionen. Vi har också sökt i forskningslitteraturen efter studier som analyserar effekterna av privata sjukvårdsförsäkringar på den sammantagna kapaciteten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

#### *Väntetidsdatabasen visar att vårdgarantin eller andra avtalade tidsgränser inte alltid efterlevs*

Med hjälp av information från den nationella väntetidsdatabasen har vi undersökt hur stor andel av de offentligt finansierade patienterna som får förstabesök respektive start av behandling inom olika tidsintervall inom den specialiserade vården hos vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. De vårdområden som ingår i redogörelsen är: hudsjukvård, ortopedi, urologi, ryggkirurgi, ögonsjukvård och öron-näsahalssjukvård. Vi redovisar resultat för de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. I bilaga 3 beskriver vi närmare hur vi genomfört analysen.

Resultaten belyser i vilken utsträckning vårdgivarna efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och andra eventuella tidsgränser som sätts upp i avtalen med regionen. Det berör frågan om ledig kapacitet. Om vårdgivarna uppfyller avtalen med regionen, bland annat när det gäller väntetiderna och den författningsreglerade vårdgarantin, kan det sägas finnas ledig kapacitet om de har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen inom verksamheten som avtalet gäller. Men om kraven på väntetider inte efterlevs är det svårt att se att det skulle kunna finnas ledig kapacitet. Det minskar i så fall möjligheten att de privata sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Alla vårdgivare ska erbjuda vård enligt den författningsreglerade vårdgarantin. Besöksgarantin och behandlingsgarantin inom den författnings-

reglerade vårdgarantin anger att en patient ska få ett besök inom den specialiserade vården och påbörjad behandling inom 90 dagar (6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF). Men regionerna kan också ange snävare tidsgränser i avtalen med privata vårdgivare. Vi har inte gått igenom de enskilda avtal som gäller mellan de privata vårdgivarna som ingår i analysen och respektive region, men fått övergripande information från regionföreträdare. När det gäller förstabetesök i Stockholm och när det gäller både förstabetesök och åtgärd i Västra Götaland anges snävare tidsgränser i avtalen med privata vårdgivare: 30 dagar för förstabetesök i både Stockholm och Västra Götaland och 60 dagar för åtgärd i Västra Götaland.

Resultaten visar att den författningsreglerade vårdgarantin eller de snävare tidsgränser som anges i en del avtal inte alltid hålls. När det gäller förstabetesök inom den specialiserade vården efterlevs tidsgränsen på 30 dagar, som gäller i Stockholm, inte inom något av de vårdområden vi har inkluderat. Högst är efterlevnaden inom ortopedi, urologi och ögonsjukvård där 70–80 procent av de offentligt finansierade patienterna får sitt besök inom den avtalade tidsgränsen.

I Västra Götaland gäller också 30 dagar för förstabetesök. Den tidsgränsen efterlevs inte fullt ut inom något vårdområden, och varierar mellan 32 procent inom öron-näsa-hals-sjukvård och 68 procent inom ortopedi. I Skåne gäller i stället 90 dagars tidsgräns för förstabetesök, vilket efterlevs i förhållandevis stor utsträckning inom de vårdområden vi har fokuserat på. Bristen är störst inom ögonsjukvården, där omkring 85 procent av besöken genomförs inom 90 dagar.

När det gäller åtgärd är det 90 dagar som gäller enligt avtalen i Stockholm och Skåne. Den tidsgränsen efterlevs i många fall, men inte alltid (se bilaga 3 för en mer detaljerad resultatredovisning).

Resultaten innebär att det kan vara svårt att argumentera att det finns ledig kapacitet hos en del av vårdgivarna som ingår i analysen. Samtidigt är efterlevnaden av den författningsreglerade vårdgarantin överlag bristfällig i landet. Att tidsgränserna inte efterlevs hos de privata utförare som ingår i vår redovisning innebär alltså inte nödvändigtvis att tillgängligheten är sämre hos dem jämfört med hos många andra vårdgivare och regioner i landet.

En begränsning i resultaten är att det kan finnas några vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen (se bilaga 3 för vidare diskussion).



### *Forskningslitteraturen visar att privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka användningen av vård*

Vi har också sökt i forskningslitteraturen för att ta reda på om det finns studier som handlar om vilken effekt privata sjukvårdsförsäkringar har på den sammanlagda kapaciteten i vården. Vi har inte hittat några studier som fokuserar på exakt den frågan. Däremot har vi identifierat några studier som undersöker hur användningen av vård påverkas av att ha privat sjukvårdsförsäkring och några studier som undersöker hur väntetider påverkas.

Søgaard m.fl. (2013) studerar vilken effekt en arbetsgivarbetald supplementär privat sjukvårdsförsäkring har på användningen av den offentligt finansierade sjukhusvården i Danmark. Studiens resultat sammanfattas med att försäkringarna medförde en lägre total användning av offentligt finansierad sjukhusvård. Enligt dem bör det också innebära att tillgängligheten till vården ökade för både patienter med och utan försäkring. Søgaard m.fl. (2013) lyfter däremot att de inte kan avgöra effekten av privat sjukvårdsförsäkring på det totala hälso- och sjukvårdssystemet. De undersöker till exempel inte hur försäkringarna påverkar jämlikheten i vården eller hur utbudet av personal, och därmed kapaciteten, påverkas i den offentliga och privata vården.

Två andra studier analyserar om privata sjukvårdsförsäkringar leder till en ökad eller minskad användning av vård. Biro (2014) studerar om frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar påverkar användningen av sjukhusvård, primärvård och tandvård bland personer över 50 år i elva europeiska länder. Resultaten visar en effekt främst på primärvården, där antalet besök minskar bland dem som har en försäkring. När det gäller slutenvård, öppen specialistvård och tandvård ökar användningen, men effekterna är generellt små och inte heller statistiskt signifikanta. Biro (2014) konstaterar även att effekten av privata sjukvårdsförsäkringar är större i länder med lägre hälso- och sjukvårdsutgifter och att försäkringarna har en effekt på vårdutnyttjande, trots att den offentligt finansierade vården i stort är heltäckande. Studien baseras på en enkätundersökning från 2004, vilket alltså var före den stora ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige.

Kiil (2012) studerar hur privata sjukvårdsförsäkringar som erbjuds genom arbetsgivare påverkar användningen av ett antal vårdområden bland yrkesaktiva i Danmark. De studerade vårdområdena är slutenvård och öppenvård samt besök hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog och specialist. Vård och behandling inom dessa vårdområden ingår ofta i sjukvårdsförsäkringar som erbjuds av arbetsgivare. De ingår också i den offentligt finansierade vården i Danmark. Kiil (2012) undersöker hypotesen att privat försäkring

ökar användningen av den hälso- och sjukvård som täcks av försäkringen. Studien visar överlag positiva men inte statistiskt signifikanta samband. För undergruppen privatanställda ses däremot en statistiskt signifikant ökad sannolikhet för att ha haft en eller flera sjukhusinläggningar eller öppenvårdskontakter under en tolv månaders period.

Vi har även identifierat två studier som undersöker vilken effekt privata sjukvårdsförsäkringar har på väntetider. Tuohy m.fl. (2004) och Kreindler (2010) konstaterar båda att väntetider i den offentligt finansierade vården inte minskar till följd av privata sjukvårdsförsäkringar. Tuohy m.fl. (2004) har till exempel studerat hur privat finansierad hälso- och sjukvård påverkar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i länder inom Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD), däribland Storbritannien. De konstaterar att den privat finansierade sjukvården inte tycks avlasta eller minska väntetiderna i den offentligt finansierade vården. Tuohy m.fl. (2004) lyfter även erfarenheter från Storbritannien som visar att det förekommer att privat finansierad vård lockar friskare personer och gör relativt sett enklare behandlingar, samtidigt som offentligt finansierad vård överlag tar hand om mer komplexa behov. Det kallas ibland för *cream skimming*.

### 3.4 ETT MER DIVERSIFIERAT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM

En konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar hänger ihop med frågan om vi får ett mer diversifierat hälso- och sjukvårdssystem.

Med diversifierat menar vi bland annat att privata sjukvårdsförsäkringar kan öka möjligheterna till individanpassning för dem som har en försäkring. Men det innebär samtidigt ett mer tudelat system eftersom det på sikt kan leda till två typer av sjukvård: försäkringsfinansierad och offentligt finansierad. Risken är då att kvaliteten och innehållet i de två olika systemen skiljer sig åt och att personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt exempelvis i hälsa, ålder, inkomst och utbildning. Ur det perspektivet uppstår en värdekonflikt mellan å ena sidan en ökad individanpassning där den som kan och vill har möjlighet att köpa något som inte erbjuds inom den offentligt finansierade vården och å andra sidan vård på lika villkor och efter behov.

#### 3.4.1 Annat erbjudande till dem med privat sjukvårdsförsäkring

Individer och arbetsgivare tecknar försäkringarna bland annat för att kunna få tillgång till en viss hälso- och sjukvård snabbare än vad som erbjuds inom det offentliga systemet. Men det kan även handla om att personer eller



arbetsgivare efterfrågar och väljer att betala för något *mer* som inte ingår i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

I våra intervjuer med företrädare för försäkringsbolag lyfts till exempel att försäkringstagaren genom dem får ett mer samordnande stöd än vad som erbjuds inom den offentligt finansierade vården och att försäkringsbolagen erbjuder mer stöd till förebyggande insatser.

I sammanhanget kan även nämnas den cancervårdsförsäkring vi beskrev i kapitel 2.5. Enligt en företrädare för den försäkringen bygger den på att bidra med en, enligt dem, oberoende ny medicinsk bedömning. Till delar avser det sådant som hälso- och sjukvården redan erbjuder. Men försäkringen kan också innefatta mer än det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården, såsom behandling med läkemedel som inte har tagits in i det offentliga subventionssystemet i Sverige.

### **3.4.2 Personer med privat sjukvårdsförsäkring kan uppleva en starkare ställning**

I praktiken finns det även vissa skillnader mellan privat och offentligt finansierad vård som gör att patienter med privat sjukvårdsförsäkring kan uppleva (och i vissa fall får) en starkare ställning i frågan om sådant som regionerna redan ansvarar för att erbjuda. Områden som rör tillgänglighet, vårdgarantier eller ny medicinsk bedömning kan vara exempel på det. Det regleras i författning och ska gälla alla patienter, oavsett om deras vård är offentligt eller privat finansierad. Hälso- och sjukvården ska till exempel vara lätt tillgänglig och omfattas av en vårdgaranti (5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 1 § patientlagen, och 9 kap. 1 § HSL). En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska också få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning (8 kap. 1 § patientlagen).

Men vi har tidigare sett att det inte alltid uppfylls och att patienter har mycket begränsade rättsliga möjligheter till utkrävande eller effektiva påtryckningar i det enskilda fallet. Däremot finns olika möjligheter att till exempel framföra klagomål på hälso- och sjukvården, till exempelvis vårdgivaren, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det har att göra med att hälso- och sjukvårdslagstiftningen i första hand inte är utformad som en rättighetslagstiftning, utan huvudsakligen bygger på de skyldigheter som huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har (Vårdanalys 2017b).

Däremot har en patient med en privat sjukvårdsförsäkring, till skillnad från patienter som får offentligt finansierad vård, viss möjlighet att även



vända sig till försäkringsbolaget för att utkräva det som regleras i avtalet. I försäkringsvillkoren är det till exempel tydligt att försäkringsbolagen ersätter försäkringstagaren om vårdgarantierna som regleras i försäkringsavtalet inte uppfylls. Den försäkrade ersätts då för varje dag vårdgarantin inte uppfylls, vilket skapar starka incitament för försäkringsbolagen att uppfylla vårdgarantierna. Enligt intervjuer med företrädare för försäkringsbolag har det i praktiken heller aldrig förekommit att vårdgarantierna som utlovas inte hålls. Samma incitament finns inte inom den offentligt finansierade vården, där vi samtidigt ser brister i vårdgarantins efterlevnad (Vårdanalys 2017a).

En ytterligare skillnad handlar om tillgången till slutenvård utanför hemregionen. För patienter inom den offentligt finansierade vården finns den lagreglerade möjligheten generellt sett endast om besöksgarantin i den specialiserade vården och behandlingsgarantin på 90 dagar inte kan uppfyllas (se 9 kap. 2 § HSL och jämför för öppenvården med 9 kap. 1 patientlagen). Samtidigt finns det i praktiken vissa möjligheter för patienter att få slutenvård inom den offentligt finansierade länssjukvården i andra regioner, enligt riksavtalet för utomlänsvård. Den möjligheten är då oberoende av regioners möjlighet att efterleva den författningsreglerade vårdgarantin. Det förutsätter bland annat att behovet av behandling har fastställts och godkänts av hemregionen (SKR 2014).

Den möjligheten finns däremot mer som en utgångspunkt enligt försäkringsavtalen redan innan 90 dagar för patienter som har privata sjukvårdsförsäkringar. Vården utförs om möjligt på den försäkrades vistelseort men försäkringsbolagen uppfyller sina vårdgarantier genom att samverka med privata vårdgivare i hela Sverige för både planerad specialiserad öppen- och slutenvård. Om det behövs ersätter försäkringsbolag även rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar sjukhusvård eller operation. Däremot är det i praktiken främst patienter som till exempel på egen hand kan bekosta resor som kan ta del av de lagstadgade möjligheterna till öppen vård i en annan region.

### 3.5 BEFOLKNINGENS FÖRTROENDE OCH VILJAN ATT BETALA SKATT

En central fråga som har lyfts i våra intervjuer är om och hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar grunderna för den välfärdsmodell som Sverige har, bland annat genom befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården samt vilja att bidra till det offentliga åtagandet genom skatter.

Sverige och de nordiska länderna har vad som brukar kallas för universella välfärdssystem eller universella välfärdsmodeller. Det finns



diskussioner om vad som avses med begreppet universell, men enkelt kan man säga att modellen innebär att alla invånare har tillgång till tjänster som skola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg, liksom ekonomiskt stöd vid exempelvis arbetslöshet och sjukdom. Tjänsterna finansieras genom skatter som också betalas av samtliga invånare, bland annat genom inkomstskatter men också via skatter på varor och tjänster. En förutsättning för att ett sådant här välfärdssystem ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar. De måste ha en tilltro till att välfärdsstaten kan lösa de uppgifter som de är satta att lösa. Över tid har förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och det offentliga varit stort. Exempelvis har Svallfors (2011) utifrån data i den så kallade Välfärdsstatundersökningen visat att förtroendet har varit stabilt under en lång tid och att det finns en vilja att bidra till systemet genom att betala skatt.

I den svenska välfärdsmodellen ingår inte privata sjukvårdsförsäkringar som en grund. Hur den ökade förekomsten av sådana försäkringar påverkar förtroendet och tilliten för systemet som helhet och hälso- och sjukvården i sig, liksom viljan att genom skatter bidra till det offentliga åtagandet är komplext. Det kan påverkas av en mängd olika ekonomiska, politiska, eller kulturella skeenden i samhället. Det kan också påverkas av om försäkringarna omfattar insatser som redan ingår i det offentliga åtagandet eller om de omfattar tjänster som delvis eller inte alls erbjuds inom det.

I vår litteraturgenomgång har vi inte fokuserat på att systematiskt identifiera studier om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar befolkningens förtroende eller vilja att betala skatt, vare sig på ett teoretiskt eller empiriskt plan. Utifrån underlaget vi har tagit del av finns det inga övergripande indikationer på att förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt hos befolkningen i stort har minskat i takt med att fler personer har privata sjukvårdsförsäkringar. Men i teorin kan det på sikt förändras, både negativt och positivt.

### **3.5.1 Förtroendets och försäkringarnas roll i förhållande till det offentliga åtagandet**

Som nämndes inledningsvis är en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera, att invånarna känner tillit och förtroende för systemet, så att de vill bidra till det genom skattebetalningar. Viljan att bidra genom skatter är bland annat beroende av upplevelsen att man får valuta för pengarna och också synen på att välfärden ska finansieras kollektivt.

Om de som har en privat sjukvårdsförsäkring har det för att de upplever att tjänsterna i offentlig vård inte tillgodoser deras behov eller inte är av tillräckligt hög kvalitet, skulle det kunna urholka viljan att betala skatt. De skulle istället kunna föredra att ha ett lägre skattefinansierat basutbud eftersom de har en tilläggsförsäkring som ger dem en vård som mer exakt speglar deras preferenser. Det skulle i så fall få effekten att de inte bidrar med inkomster till vården för befolkningen i stort lika mycket. Om fler höginkomsttagare föredrar lägre skatt skulle det pressa ner den skattenivå som medianväljaren föredrar och skapa ett politiskt tryck mot lägre skatter. Det finns studier som ger stöd för en sådan effekt (Tuohy m.fl. 2004). På lång sikt kan det teoretiskt leda till att nivån eller omfattningen på det offentliga erbjudandet minskar.

Det är även tänkbart att viljan att betala skatt tvärtom kan påverkas positivt av privata försäkringsmöjligheter. Enligt en svensk studie (Bergh 2013) om socialförsäkringar kan små sänkningar av den skattefinansierade ersättningsnivån i kombination med möjligheten att komplettera skyddet med privata försäkringar vara ett sätt att bibehålla ett stort politiskt stöd för välfärdsstaten. Det har också lyfts i vissa av våra intervjuer att det inte är säkert att viljan att betala skatt påverkas negativt av privata sjukvårdsförsäkringar, eftersom de som köper privata sjukvårdsförsäkringar kan uppleva tjänsterna som ett komplement. Deras vilja att betala skatt skulle rentav kunna öka om de anser att det sammanlagda vårderbjudandet blir individanpassat när de kan komplettera med privat finansierad hälso- och sjukvård.

Om medborgare upplever att de får förmåner i gengäld för de skatter de betalar stärker det viljan att arbeta (och på så sätt bidra till högre skatteintäkter), utöver de incitament som kommer av slutlönen i sig. Det ger stöd för generella välfärdssystem som erbjuder insatser till samtliga invånare och inte enbart riktade insatser till personer med lägre inkomster eller högre behov (Korpi och Palme 1998).

Utöver vilja att betala skatt har det i en av våra intervjuer lyfts en annan risk för påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Om det är så att röststarka grupper tecknar försäkringar och nyttjar den vården istället för den offentligt finansierade vården, finns en risk för att de inte kommer att uppfatta eller försöka påverka brister i den offentligt finansierade vården. Detta är inte något som vi har sett har belysts i litteraturen.

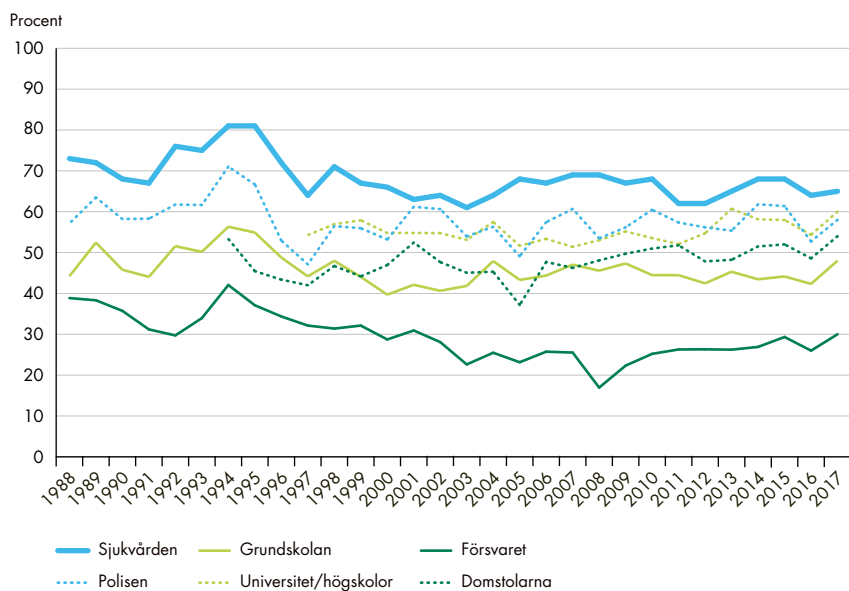


### 3.5.2 Fortsatt förtroende och vilja att betala skatt hos befolkningen i stort

Utifrån underlaget vi tagit del av finns det i dag inget som övergripande pekar på att förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt hos befolkningen har minskat i takt med förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar.

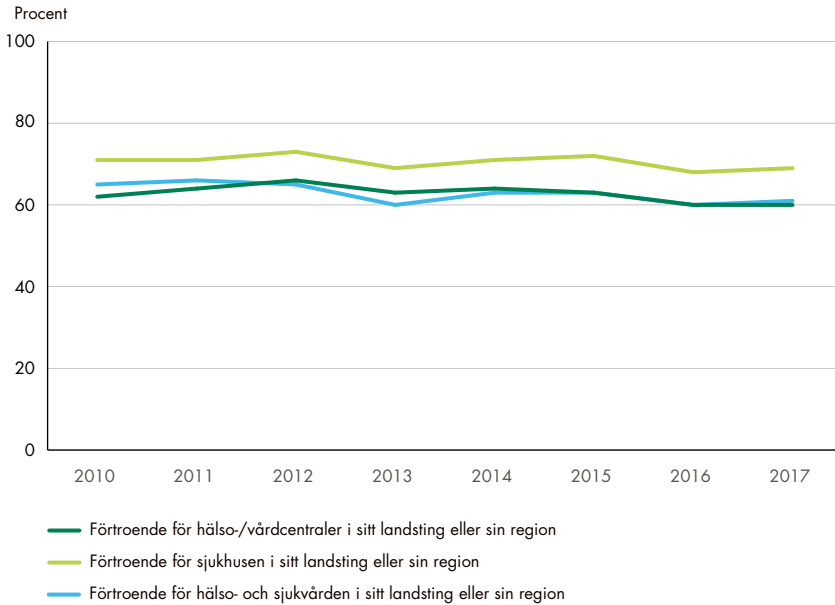
SOM-institutet vid Göteborgs universitet samlar årligen in kunskap om allmänhetens inställningar i olika frågor som rör samhället. Baserat på SOM-undersökningarna har Vårdanalys konstaterat att förtroende för hälso- och sjukvården är fortsatt stort jämfört med förtroende för andra samhällsliga institutioner (Vårdanalys 2018). Rapporten visar också att befolkningen har ett mycket stort förtroende för vårdpersonalen. Däremot är förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet och beslutsfattare mindre.

**Figur 9.** Förtroende för olika samhällsinstitutioner.



Not: Andelen med stort förtroende avser andelen som svarat att de har ganska stort förtroende plus andelen som angett att de har mycket stort förtroende för respektive institution.

Källa: Vårdanalys 2018, Nationella SOM-undersökningen, 1988–2017.

**Figur 10.** Förtroende för olika delar av vården.

Not: Frågorna lyder: "Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/motsvarande i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt landsting/region?" "Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region?" Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort. I figuren visas procentandelen som har svarat ganska stort eller mycket stort förtroende.

Källa: Vårdanalys 2018, Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2010–2017

Vårdanalys rapport om förtroendet för hälso- och sjukvården pekar på att vanliga orsaker till att ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården är bristande tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer, som att inte bli tagen på allvar och lyssnad på i mötet med vården. Dessa områden brukar också framhållas som svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. För att upprätthålla ett stort förtroende för hälso- och sjukvården är det alltså viktigt att arbeta systematiskt för en ökad personcentrering i vården och förbättringar inom bland annat dessa områden. (Vårdanalys 2018).

SOM-institutet har även undersökt befolkningens vilja att betala skatt. Mellan 1999 och 2017 har SOM-undersökningarna visat en tydlig nedgång i andelen som tycker att det är ett bra förslag att sänka skattenivåerna i Sverige (Nilsson, 2018). Det finns alltså inte något som tyder på att det bland befolkningen som helhet skulle finnas en minskad vilja att betala skatt.

Det ska noteras att under samma period (1999–2017) minskade den totala skattekvoten i Sverige, det vill säga kvoten mellan de totala skatteintäkterna och bruttonationalprodukten – BNP. Kvoten uppgick till 49,1 procent 1999 och

44,1 procent 2017 (Ekonomifakta u.å.). Samtidigt ökade skatten (skattesatsen) till kommuner och regioner något under samma period. År 1999 låg den skatten på 31,5 procent i genomsnitt i Sverige och 2017 var den 32,1 procent (SCB 2019).

Med tanke på att privata sjukvårdsförsäkringar i dag står för omkring en procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården är det kanske inte förvånande att det inte går att se någon effekt på förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt på aggregerad nivå. Det är först på längre sikt som effekterna kan tänkas uppstå.

Det är också tänkbart att det kan finnas en tröskeeffekt där en gradvis påverkan inte ger någon direkt effekt men att man så småningom når en gräns då förändringar i förtroende och vilja att betala skatt sker snabbt.

Det är svårt att dra lärdom från andra länder eftersom välfärdssystemen skiljer sig åt såväl vad gäller innehåll, finansiering och grundprinciper. En studie vi tagit del av med internationella erfarenheter från bland annat Norge pekar på att privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna underminera stödet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården (Martinussen och Magnussen 2019).

### 3.6 PROBLEM KOPPLADE TILL UPPFÖLJNING

Utöver möjliga konsekvenser har det framkommit annat som i sig inte är en direkt konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar men som kan vara viktigt att belysa ändå. Det handlar till exempel om huvudmännens eller regionernas möjlighet till uppföljning och kontroll. I en intervju med en region lyftes bland annat att det är svårt för regionens huvudmän att veta om privata vårdgivares eventuella bristande följsamhet till avtalen hänger ihop med att de även utför försäkringsfinansierad vård. Ett annat exempel handlar om att de inte har möjlighet att kontrollera om privata vårdgivare ”dubbeldebiterar” både försäkringsbolag och regioner för utförda vårdinsatser. Samtidigt som de enligt intervjun har ett stort förtroende för privata vårdgivare i stort.

#### 3.6.1 Huvudmännen ska följa upp vården som lämnas över

Regioner som lämnar över hälso- och sjukvården till privata vårdgivare är skyldiga att följa upp och kontrollera de vårdgivare som de lämnat över hälso- och sjukvård till (10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725)). Det innebär att de behöver ställa krav på tillgång till olika typer av uppgifter från de privata vårdgivarna. Den exakta utformningen av kraven behöver avgöras

utifrån regionens behov och bland annat följa de upphandlingsrättsliga grundprinciperna (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV). Exempelvis behöver proportionalitetsprincipen följas, vilken innebär att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV). Regioner vi pratat med menar att den principen inte tillåter dem att kräva insyn i den del av vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering för att följa upp om de offentligt finansierade patienterna prioriteras efter behov.

När det gäller samverkansavtal finns för de läkare och fysioterapeuter som arbetar enligt den så kallade nationella taxan inte samma möjlighet att ställa krav och villkor i avtalen (RÅ 2006 ref. 26). Däremot följer det direkt av lag att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till att verksamheten kan följas upp och utvärderas samt årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök (26 § LOL och 26 § LOF).











## Utvecklingen i Sverige är lik den i andra europeiska länder

I det här kapitlet gör vi en internationell utblick och presenterar en översiktlig bild av förekomsten av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i Europa. Precis som i Sverige har privata sjukvårdsförsäkringar blivit allt vanligare i flera Europeiska länder under de senaste 20 åren. Vi fördjupar oss även i utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar i fyra jämförbara länder: Norge, Finland, Danmark och Storbritannien. Utvecklingen i Sverige liknar till stor del den, men det finns även skillnader länderna emellan.

### 4.1 FRIVILLIGA PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR I SVERIGE OCH EUROPA

Även i andra europeiska länder har frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar blivit allt vanligare sedan millennieskiftet. Frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar samexisterar med det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet och skiljer sig från de obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringar som personer kan vara tvungna att ha enligt lag i vissa länder (Kiil 2012, Søgaard m.fl. 2013). I både Sverige och övriga Europa är den offentligt finansierade hälso- och sjukvården generellt sett universell eller nära på universell. I de flesta europeiska länder utgör också de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna en liten andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i landet (Sagan och Thomson 2016b).

I de flesta europeiska länder fungerar de privata sjukvårdsförsäkringarna framför allt som ett supplement till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De försäkrade erbjuds i stort sett samma vård som i den offentliga



hälso- och sjukvården men med snabbare tillgång och ett större urval av vårdgivare. Men i vissa länder är försäkringarna framför allt substitut eller komplement. Försäkringarna kan inkludera insatser och tjänster som inte erbjuds inom den offentligt finansierade vården – exempelvis kan en sjukvårdsförsäkring ersätta avgifter som patienten annars betalar själv (Sagan och Thomson 2016b).

I vissa länder är patientavgifter eller självrisker i offentliga eller obligatoriska försäkringar en stor utgift för hushållen. Där kan kompletterande sjukvårdsförsäkringar spela en stor roll som skydd mot stora utgifter. I Sverige har vi flera olika högkostnadsskydd som gör att den faktorn inte är drivande, vilket däremot kan vara fallet i andra länder. En internationell jämförelse med tio andra länder (IHP-studien) visar att Sverige är ett av de länder där minst andel av befolkningen anger att de avstått från vård på grund av kostnaden (Vårdanalys 2016).

## 4.2 PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR I NORGE, FINLAND, DANMARK OCH STORBRIANNIEN

Norge, Finland, Danmark och Storbritannien har internationellt sett hälso- och sjukvårdssystem som är relativt lika Sveriges. Därför har vi valt att jämföra utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar i de länderna. Sammanfattningsvis finns det flera likheter länderna emellan, men också skillnader. Till exempel finns det skillnader mellan andelen i befolkningarna som har privata sjukvårdsförsäkringar.

### 4.2.1 Hälso- och sjukvårdssystem som liknar det svenska systemet

I Danmark, Finland och Norge organiseras stora delar av sjukvården på regional och lokal nivå, precis som i Sverige. Vården finansieras i huvudsak genom skatteintäkter på lokal eller regional nivå, vilket också är i linje med det svenska systemet (Vrangbaek u.å, Lindahl u.å, Anell 2017 och Keskimäki m.fl. 2019).

I Norge är primärvården ett kommunalt ansvar medan resten av vården – sjukhus och olika specialistmottagningar – har ett statligt huvudmannaskap (Lindahl, u.å).

Finland utmärker sig genom att hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat. Det primära ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på cirka 300 kommuner som ansvarar för finansieringen av både primär- och annan specialiserad vård (Keskimäki m.fl. 2019).

I Danmark är ansvaret för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation delat mellan staten, fem regioner och 98 kommuner. De fem regionerna har det huvudsakliga planerings- och finansieringsansvaret för både primär- och annan specialiserad vård (Anell 2017).

Storbritanniens hälso- och sjukvårdssystem påminner om de skandinaviska ländernas genom att styrning, organisering och finansiering är ett offentligt ansvar och finansieringen bygger på skatteintäkter. Däremot sker styrningen och finansieringen från statlig nivå, i stället för regional eller lokal nivå. Det statliga organet National Health Service, NHS, är beställare och utförare av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Storbritannien (Anell 2017). NHS består av fyra regionala organisationer i England, Skottland, Wales och Nordirland som är oberoende av varandra (Wilson 2015). Både organisationen och styrningen av primärvården är däremot relativt lika mellan NHS-organisationerna (Anell 2017).

#### 4.2.2 Utvecklingen av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i länderna

I Danmark och Finland har de komplementära sjukvårdsförsäkringarna en framträdande roll. I Sverige, Norge och Storbritannien är de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna framförallt supplementära. (Sagan och Thomsson 2016b; Tynkkynen m.fl. 2018).

**Tabell 2.** Så tecknas frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i länder vars välfärdssystem påminner om Sverige

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Storbritannien
<b>Andel av befolkningen med frivillig privat sjukvårdsförsäkring</b>	Komplementär, 42 % supplementär, 32 %	21 %	9 %	6 %	Komplementär, 5 % supplementär, 9 %
<b>Så tecknas försäkringen</b>	90 % tecknas som grupp-försäkringar via arbetsgivare	Majoriteten tecknas som individuella försäkringar, cirka 15 % är grupp-försäkringar	90 % tecknas som grupp-försäkringar via arbets-givare	90 % tecknas som grupp-försäkringar och 2/3 av dessa tecknas via arbetsgivare	75 % tecknas som grupp-försäkringar

Källa: Tynkkynen m.fl. (2018) - Danmark, Finland, Norge och Sverige, Sagan och Thomsson (2016b) – Storbritannien.

Not: Uppgifterna avser 2016 eller närmast tillgängliga år innan dess. Av underlaget framgår inte hur andelen är fördelad på olika typer av försäkringslösningar i Finland, Norge och Sverige.

I Storbritannien köper människor frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att undvika väntetider och skapa mer valmöjligheter. Arbetsgivare i Storbritannien ser de privata sjukvårdsförsäkringarna som en bonus och en förlängning av företagshälsovård för sina anställda (Sagan och Thomson 2016a).

Tynkkynen m.fl. (2018) har studerat utvecklingen av de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Enligt författarna har efterfrågan på de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna gradvis ökat som en reaktion på brister (faktiska eller upplevda) i det offentliga systemet. I Danmark, Norge och Sverige har utvecklingen över tid haft många likheter och främst drivits av arbetsgivarbetalda försäkringar. Över tid har även kulturella aspekter och förväntningar kommit att påverka utvecklingen. I Finland tecknas de allra flesta frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar som individuella försäkringar. Enligt författarna har en starkt bidragande faktor till utvecklingen i Finland varit de institutionella förutsättningarna, motvilja mot förändring och dålig tillgång till primärvård. I Finland innehåller också många av de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna snabbare tillgång till specialistvård och villkor som gör att de försäkrade kan undgå långa väntetider till primärvården.

### **4.2.3 Debatten liknar den som förs i Sverige**

Sagan och Thomson (2016b) sammanställer utvecklingen av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i europeiska länder och presenterar en bild av hur debatten om privata sjukvårdsförsäkringar har förts i respektive land. Med utgångspunkt i den rapporten har vi tagit reda på hur debatten har förts i Norge, Finland, Danmark och Storbritannien. Sammantaget känner vi igen flera av argumenten som lyfts upp om privata sjukvårdsförsäkringar även i Sverige.

I Danmark var arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar skattebefriade under en tioårsperiod. Argumenten var bland annat att försäkringarna skulle skapa förutsättningar för fler vårdgivare samt minska efterfrågan och väntetiderna i den offentligt finansierade vården. Motargument som fördes fram var bland annat att försäkringarna innebär ökade kostnader och att kapaciteten inte förbättras. Det argumenterades också att den offentligt finansierade vården behöver ta emot patienter med mer komplicerade behov och ta hand om eventuella fel som inträffat inom den privata vården. Liknande argument har även lyfts i Storbritannien.

Debatten i Storbritannien har främst cirkulerat kring två aspekter: dels att vården ska ges efter behov och inte baserat på personers möjlighet att betala, dels hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar hälso- och sjukvårdssystemet, i synnerhet utbudet av läkare. Exempel som lyfts är att läkare byter från offentlig till privat driven vård, att de mer seniora läkarna koncentreras till den privat drivna vården och att utbildningsansvaret hamnar ensidigt hos de offentliga vårdgivarna.

I Finland hade det enligt Sagan och Thomson (2016b) inte varit någon stor offentlig debatt, och debatten i Norge beskrev den inte. Vi vill betona att det vi skriver om de olika ländernas debatt utgår från rapporten som publicerades 2016. Debatten kan vara förändrad sedan dess. Inom ramen för vårt uppdrag har vi inte haft utrymme att ta reda på hur debatten om privata sjukvårdsförsäkringar förs just nu i respektive land.











## Slutsatser och rekommendationer

Omkring 660 000 personer hade år 2018 en privat sjukvårdsförsäkring. Debatten runt sjukvårdsförsäkringarna har varit livlig i Sverige, och det har funnits vissa otydligheter som kan försvåra en saklig diskussion. Som försäkringarna ser ut i dag omfattas till exempel inte akutsjukvård, högspecialiserad vård och intensivvård. Det är främst i den planerade specialiserade vården hos vissa, men inte alla, privata vårdgivare som de försäkringsfinansierade patienterna får vård. Offentliga vårdgivare tar inte emot finansiering av privata försäkringsbolag.

Överlag saknas mycket kunskap och underlag om faktiska konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar, bland annat när det gäller hur kapaciteten i den offentligt finansierade vården påverkas. Men vi ser att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer med offentlig finansiering, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov.

Försäkringarna ger vissa personer möjlighet att köpa något som de upplever att de inte erbjuds i den offentligt finansierade vården och som bättre passar deras önskemål. Den samhällliga nyttan kan därför sägas öka, men samtidigt bli mer ojämnt fördelad. Viktiga, grundläggande principer för hälso- och sjukvården berörs och framöver behövs både bättre kunskap och en beredskap att aktivt styra mot den utveckling som samhället önskar.



## 5.1 FLERA MÖJLIGA KONSEKVENSER AV FÖRSÄKRINGARNA

De privata sjukvårdsförsäkringarna står idag för en liten del av den totala hälso- och sjukvårdens kostnader. Eventuella direkta konsekvenser på den övergripande nivån kommer därför inte vara särskilt stora – oavsett om de är negativa eller positiva. Samtidigt ser det olika ut mellan olika vårdområden och regioner. Med detta sagt ser vi att det finns flera principiellt viktiga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar. Vi presenterar våra viktigaste slutsatser om detta nedan.

### 5.1.1 Personer med sjukvårdsförsäkringar ges vård snabbare, sannolikt utan att det finns skillnader i medicinska behov

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången ska inte påverkas av till exempel kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.

Personer med privat sjukvårdsförsäkring får i genomsnitt vård snabbare än personer som får vård genom den offentligt finansierade vården, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. När det gäller planerad specialiserad vård får i princip alla patienter med privat sjukvårdsförsäkring ett första besök inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar – det är de väntetidsgarantier som finns i försäkringsvillkoren. Som jämförelse väntade, totalt sett i landet, över hälften av patienterna i den offentligt finansierade vården mer än 30 dagar på ett planerat första besök respektive åtgärd inom den specialiserade vården år 2019.

En begränsning i resultaten är att det saknas information om patienternas behov: hur allvarlig åkomman har bedömts vara. Om de som får vård genom privat sjukvårdsförsäkring har större behov skulle det kunna motivera att de får vård snabbare. Men generellt finns det snarare tecken på att gruppen med privat sjukvårdsförsäkring som helhet har bättre hälsa än befolkningen. Försäkringarna är vanligare bland vissa grupper i befolkningen och det finns vissa systematiska skillnader mellan dem som har en försäkring och övriga personer. Skillnaderna uppkommer bland annat på grund av villkoren som ställs av försäkringsbolagen på dem som önskar teckna en försäkring. Personer som exempelvis inte är på arbetsmarknaden till följd av ålder eller nedsatt funktions- eller arbetsförmåga får med mindre sannolikhet tillgång till de privata sjukvårdsförsäkringarna, och därmed i mindre utsträckning tillgång den snabbare försäkringsfinansierade vården.

Den här slutsatsen avser hälso- och sjukvården och systemet på ett övergripande plan. Vi har inte granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall, utan våra slutsatser baseras på analyser av övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finansierade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna.

### **5.1.2 Svårt att visa hur patienter i den offentligt finansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar**

Det är svårt att ge ett entydigt svar på hur patienterna i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa menar att när patienter med privata sjukvårdsförsäkringar behandlas tas vårdpersonal eller andra resurser i anspråk som annars hade använts till den offentligt finansierade vården. Kapaciteten i den offentligt finansierade vården minskar med det resonemanget. Risken blir särskilt uttalad om det råder brist på arbetskraft – när det finns så kallade bristyrken inom vårdsektorn.

Andra menar i stället att sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade sjukvården genom att försäkringarna tillför resurser till systemet som helhet, alltså att kapaciteten i den offentligt finansierade vården ökar. När patienter som har privata försäkringar använder vård som finansieras av försäkringarna i stället för att nyttja den offentligt finansierade vården, kan det leda till kortare väntetider även för patienterna inom den offentligt finansierade vården. En förutsättning är då att det finns ledig kapacitet, till exempel personal och lokaler, hos de privata vårdgivarna som kan nyttjas till den försäkringsfinansierade vården, utan att mängden vård som kan erbjudas till offentligt finansierade patienter och som har avtalats med regionen påverkas negativt.

Ett sätt att belysa om det förekommer ledig kapacitet hos privata vårdgivare är att analysera i vilken utsträckning kraven som regionen har ställt på dem efterlevs. Så länge vårdgivaren följer kraven som ställs i avtalet, är vården som erbjuds till privat finansierade patienter utöver vad som erbjuds inom den offentliga vården. Det som avgör om kraven på volym och väntetider kan sägas vara uppfyllda, skiljer sig åt beroende på vilket typ av avtal som ingåtts mellan regionen och en privat vårdgivare och vad som gäller enligt avtalsvillkoren. När LOU används fastställs volymen ofta i förfrågningsunderlaget, och regionen upphandlar ett visst antal vårdtillfällen eller anger en uppskattad volym. När LOV och den så kallade nationella taxan



används, avtalas inte om någon särskild volym utan de är tänkta att följa patienternas val. När det gäller avtal enligt LOV går det i princip aldrig att säga att vårdgivaren levererat den volym den åtagit sig eftersom inga volymer avtalas, men det kan vara fallet enligt vissa avtal enligt LOU.

I de intervjuer vi har genomfört har det framförts att när utförandet av vården överlämnas till privata vårdgivare skapas det förutsättningar för dessa vårdgivare att även ta emot privat finansierade försäkringspatienter. Det har till exempel lyfts att det skapas en mångfald av utförare som även kan ta emot privat finansierade patienter när vård som tidigare bedrivits på sjukhus i offentlig regi läggs ut på vårdval.

Det är svårt att med säkerhet uttala sig om den faktiska påverkan av privata sjukvårdsförsäkringar på kapaciteten och vad det innebär för patienterna i den offentligt finansierade vården. Med hjälp av information från den nationella väntetidsdatabasen har vi undersökt i vilken utsträckning som privata vårdgivare som tar emot både patienter med offentlig finansiering och patienter med privat sjukvårdsförsäkring efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och andra eventuella tidsgränser som sätts upp i avtalen med regionen. Resultaten visar att den författningsreglerade vårdgarantin eller de snävare tidsgränser som anges i en del avtal inte alltid hålls. Resultaten innebär att det kan vara svårt att argumentera att det finns ledig kapacitet hos en del av vårdgivarna som ingår i analysen. Det minskar också möjligheten att de privata sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Samtidigt är efterlevnaden av den författningsreglerade vårdgarantin överlag bristfällig i landet. Att tidsgränserna inte efterlevs hos de privata utförare som ingår i vår redovisning innebär alltså inte nödvändigtvis att tillgängligheten är sämre hos dem jämfört med hos många andra vårdgivare och regioner i landet.

### **5.1.3 Mer individanpassning men också ojämlikhet**

Personer eller arbetsgivare som tecknar privata sjukvårdsförsäkringar gör det för att de behöver eller efterfrågar insatser som de inte får eller upplever sig få i det offentliga systemet. De är också beredda och har möjlighet att betala för det. I en mening kan man därför hävda att försäkringarna skapar förutsättningar för en ökad välfärd och individanpassning av vården som erbjuds. Men det innebär samtidigt ett mer tudelat system eftersom det på sikt kan leda till två typer av sjukvård: försäkringsfinansierad och offentligt finansierad. Det finns en risk att exempelvis tillgängligheten och innehållet i

de två olika systemen skiljer sig åt och även att personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt i exempelvis ålder, utbildning, samt funktions- och arbetsförmåga.

I våra intervjuer har vissa personer lyft att det borde vara självklart att man ska kunna köpa sig tjänster som inte ingår i det offentliga åtagandet om man ser ett behov av det. Samtidigt uppstår en värdekonflikt mellan å ena sidan en ökad individanpassning, där den som kan och vill har möjlighet att köpa något som inte erbjuds inom den offentligt finansierade vården, och å andra sidan vård på lika villkor och efter behov. Frågan ställs på sin spets när det finns försäkringar som kan innefatta till exempel dyra cancerläkemedel som av kostnadseffektivitetsskäl inte erbjuds i den offentligt finansierade vården.

I slutändan finns det ett stort inslag av politiska värderingar i frågan om privata sjukförsäkringar eftersom det handlar om att balansera principer om vård på lika villkor och efter behov, samt jämlikhet, mot individens valfrihet och möjlighet att få vården utformad efter sina preferenser.

#### **5.1.4 Osäkert hur befolkningens förtroende och vilja att betala skatt kan påverkas på sikt**

Även befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården samt vilja att betala skatt kan påverkas på sikt. En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet, annars riskerar viljan att bidra genom att betala skatt att urholkas.

Vi har inte fokuserat på att systematiskt identifiera studier om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar befolkningens förtroende eller vilja att betala skatt, vare sig på ett teoretiskt eller empiriskt plan. Utifrån det underlag vi ändå har tagit del av, finns det inga övergripande indikationer på att förtroendet eller viljan att betala skatt hos den svenska befolkningen har minskat i takt med att fler personer har privata sjukvårdsförsäkringar. I teorin kan viljan att betala skatt på sikt påverkas både negativt och positivt. Det kan bland annat bero på i vilken utsträckning försäkringarna omfattar insatser som redan ingår i det offentliga åtagandet, eller om de omfattar tjänster som delvis eller inte alls erbjuds inom det.

#### **5.1.5 Det saknas ett systemperspektiv i uppföljningen och även förutsättningar för det**

Flera av de konsekvenser vi diskuterar i den här rapporten gäller inte bara privata sjukvårdsförsäkringar. Snarare är det konsekvenser som kan hänföras



till privat finansierad hälso- och sjukvård i stort, oavsett om den tillhandahålls genom försäkringar eller betalas på annat sätt. Privat finansierad hälso- och sjukvården ökar i takt med att antalet sjukvårdsförsäkringar blir fler.

Huvudmännen ansvarar för att följa upp att deras verksamhet ger vård efter behov och på lika villkor – oavsett om den utförs i egen regi eller av privata vårdgivare som regionen har avtal med. Regeringen har ett sådant ansvar på nationell nivå. Det saknas i stora delar systematisk information som kan ligga till grund för att följa utvecklingen, men vår bedömning är att varken regeringen eller huvudmännen tar ett helhetsansvar för att säkerställa att vård ges på lika villkor.

När omfattningen på den privat finansierade marknaden och antalet sjukvårdsförsäkringar blir fler kommer det sannolikt att få en större påverkan – positiv eller negativ – på patienter i den offentligt finansierade vården. Då blir uppföljningen ännu viktigare. En region vi har pratat med lyfter att de i praktiken har svårt att följa upp och analysera om exempelvis bristande tillgänglighet inom ett vårdområde påverkas av att de avtalade privata vårdgivarna även tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. De har heller inte kunskap om hur patientvolymen fördelar sig.

Regioner vi har pratat med menar att de av upphandlingsrättsliga skäl inte kan kräva insyn i den del av privata vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering. Därmed har de svårt att följa upp vad effekterna blir för patienterna totalt sett och det blir tydligt att bristen på insyn gör det svårare för regionerna att ta sitt ansvar.

## 5.2 REKOMMENDATIONER

Utifrån vårt arbete med den här rapporten lämnar vi förslag på förändringar och åtgärder som kan och bör genomföras av regeringen och huvudmännen. Förslagen handlar främst om att förbättra förutsättningarna att skapa kunskap om den privat finansierade hälso- och sjukvården. Det blir viktigare ju större marknaden blir.

► *Regeringen bör säkerställa en ökad transparens genom bättre uppföljningsmöjligheter och kunskap*

Förutsättningarna för uppföljning är i dag begränsade. Då menar vi inte bara regionernas möjlighet till insyn och kontroll, utan också möjligheterna att följa upp och belysa omfattningen av den samlade privat finansierade hälso- och sjukvården, oavsett om den betalas



med försäkring eller inte. Inom ramen för det här uppdraget har vi försökt belysa hur stor den privat finansierade hälso- och sjukvården är, exempelvis som andel av kostnader för hälso- och sjukvården eller som andel av genomförda vårdtillfällen. Men det saknas information om finansiering i både patientregistret och de flesta kvalitetsregister vi varit i kontakt med, även om också den privat finansierade vården ska ingå där.

För att förbättra möjligheterna att följa upp och analysera den privat finansierade hälso- och sjukvården menar vi att regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras. Det skulle till exempel kunna övervägas om sådana uppgifter kan kopplas till eller ingå i patientregistret. Uppgifter om personers vårdkonsumtion, behov, behandlingsutfall med mera, behöver också kunna kopplas till finansieringsform. Bland annat för att möjliggöra mer oberoende forskning på området.

Därtill menar vi att regeringen bör verka för att stärka forskningen om de privata sjukvårdsförsäkringarnas faktiska påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det kan regeringen bidra till genom att lämplig forskningsfinansiärges ett uppdrag att förmedla bidrag i en utlysning.

Vår bedömning är också att medicinska revisioner är ett viktigt komplement till datadriven uppföljning och analys av aspekter som inte ens en förbättrad statistik kommer att kunna belysa. Det handlar exempelvis om hur behovsbedömningar och prioriteringar görs. Regeringen bör utifrån slutsatserna från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) pågående förstudie om medicinska revisioner på området ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt.

► *Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att göra en internationell utblick kring utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar*

Inom ramen för det här uppdraget har vi gjort en översiktlig internationell utblick om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Europa. Vi kan konstatera att utvecklingen i Sverige till stor del ser ut som i flera andra länder med hälso- och sjukvårdssystem som liknar det svenska, till exempel Norge, Finland, Danmark och Storbritannien. I arbetet med att ta frågan om privata sjukvårdsförsäkringar vidare ser vi möjligheter att fördjupa den internationella utblicken för att lära mer om hur frågan har



hanterats där. Det kan exempelvis handla om hur regleringar ser ut, vad försäkringarna innehåller och vilket syfte de fyller. Vi rekommenderar därför regeringen att ge en lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en sådan utblick, med fokus på möjliga lärdomar för Sverige.

► *Huvudmännen bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare*

Huvudmännen är skyldiga att följa upp och kontrollera vårdgivarna som de lämnat över utförandet till. Vi erfar att regionerna sammantaget tycker sig veta väldigt lite om den privat finansierade vården, men också om de enskilda vårdgivare som de har avtal med. I många fall känner inte regionen till i vilken utsträckning vårdgivaren också har andra avtal, och de anser att de inte kan följa upp eller analysera på vilket sätt det i så fall påverkar patienterna med offentlig finansiering. Det bidrar till okunskapen om och svårigheterna att följa upp vården som ges genom privata sjukvårdsförsäkringar.

Vi rekommenderar därför huvudmännen att se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med i syfte att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. I det arbetet bör det bland annat ses över hur den upphandlingsrättsliga proportionalitetsprincipen kan tolkas och tillämpas och möjligheterna till regional medicinsk revision även för privat finansierade patienter bör belysas. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Om regionerna önskar stöd i arbetet bör regeringen överväga att bistå dem, förslagsvis genom en lämplig myndighet.

Dessutom bör regionerna se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika typer av åtgärder när vårdgivare brister i sitt åtagande enligt avtalet.

.....

Det är väl känt att hälso- och sjukvården behöver utvecklas och förändras för att möta de framtida utmaningar som följer av bland annat en åldrande befolkning och större medicinska möjligheter. Hälso- och sjukvården har alltid gjort, och gör, prioriteringar men vi ser att det är ett arbete som kommer att behöva utvecklas mer framöver. Frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssystemet är bred och rör mer än utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Risken för omotiverade skillnader finns på alla nivåer inom

hälso- och sjukvården, oavsett hur vården finansieras och påverkas delvis av att vi har ett fragmentiserat system med många huvudmän och vårdgivare.

Slutligen vill vi poängtera att oavsett vilken utveckling som olika parter förespråkar i sjukvården ser vi ett behov av att säkerställa att lagstiftningen och övrig styrning på alla nivåer stödjer den önskade utvecklingen. Det är också viktigt att samtliga huvudmän och vårdgivare tar sitt ansvar för att efterleva hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det gäller givetvis så väl den lagstiftning som gäller i dag, som en eventuellt ändrad lagstiftning.









## Referenser

- Alivia (2020). *Cancervårdsförsäkring*. <https://alivia.se/cancervardsforsakring/> [Hämtat: 2020-03-23]
- Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Bambra, C., Garthwaite, K., Hunter, D. (2014). All things being equal: does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 44(3) s. 457-477.
- Beijbom, K. (2020). *Tack till alla med privat sjukvårdsförsäkring*. Debattartikel i Dagens Nyheter. Publicerad 2020-01-03.
- Bergh, A. (2013) *Topping up and the Political Support for Social Insurance*. IFN Working Paper, 993.
- Biro, A. (2014). Supplementary Private Health Insurance and Health Care Utilization of People Aged 50+. *Empirical Economics*, 46(2) s. 501-524.
- DKV hälsa (2020). *Axplock från norr till söder*. <https://www.dkvhalsa.se/boka-varld/vardgivare> [Hämtat: 2020-03-10].
- DN – Dagens Nyheter (2019a). *Vårdbolagen: Patienter med privat sjukvårdsförsäkring går före*. Publicerad 2019-12-16.
- DN – Dagens Nyheter (2019b). *Region Stockholm vill få ”fördjupad bild” av hur patienter prioriteras i vårdvalet*. Publicerad 2019-12-20.
- Epple, D. och Romano R. (1996). Public Provision of Private Goods. *Journal of Political Economy*, 104(1) s. 57-84.
- Ekonomifakta (u.å) *Skattetrycket*. <https://www.ekonomifakta.se/fakta/skatter/skattetryck/skattetrycket-historiskt/>. [Hämtat: 2020-03-25].

- Folkhälsomyndigheten (2016). *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016"*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Självskattat allmänt hälsotillstånd*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/> [Hämtat: 2020-03-25]
- Funktionsrätt Sverige (2019). *Personer med störst vårdbehov nedprioriteras*. Skrivnen av Wallenius, E., ordförande Funktionsrätt Sverige på initiativ av Carlsson, M., förbundsordförande Personskadeförbundet, RTP. Debattartikel i Dagens Medicin. Publicerad: 2019-12-27.
- Heimersson, A. (2018). *Hälften av fackförbunden erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar*. Dagens arena. Publicerad 2018-08-24.
- Hotelling, H. (1929). Stability in Competition. *Economic Journal* 39(153) s. 41-57.
- Kiil, A. (2012). Does Employment-Based Private Health Insurance Increase the Use of Covered Health Care Services? A Matching Estimator Approach. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(1) s. 1-38.
- Korpi, W., och Palme, J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63(5) s. 661-687.
- Kreindler, S. A. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, 95(1) s. 7-32.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., Winblad, U. (2019). Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden. *Health Policy*, 123(8), 737-746.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., m.fl. (2019). Finland: health system review. *Health System Review*, 21(2) s. 1-166.
- Lapidus, J. (2015). *Social Democracy and the Swedish welfare model – Ideational analyses of attitudes towards competition, individualization, privatization*. Avhandling i ekonomisk historia. Avdelningen för ekonomisk historia. Göteborgs universitet.
- Lindahl, A. K. (u.å.). *The Norwegian Health Care System*. International Health Care system profile. The Commonwealth Fund. <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/> [Hämtat: 2020-03-25]
- Länsförsäkringar (u.å.). *Hälsofrämjande tjänster*. [www.lansforsakringar.se/stockholm/foretag/forsakring/personforsakringar/sjukvardsforsakring/halsotjanster/](http://www.lansforsakringar.se/stockholm/foretag/forsakring/personforsakringar/sjukvardsforsakring/halsotjanster/) [Hämtat: 2020-02-12].



- Länsförsäkringar (2015). *Kvalitetssäkring i sjukvårdsförsäkringen genom oberoende medicinsk granskning – fallstudie*.
- Läkareallskapet (2020). *Privata sjukvårdsförsäkringar leder till vård på olika villkor*. Uttalande av delegationen för medicinsk etik. Publicerad 2020-02-12.
- Martinussen, P.E., och Magnussen, J. (2019). Is having private health insurance associated with less support for public healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*, 123 s. 675–680.
- Mossialos, E., och Thomson S. M. (2002). Voluntary health insurance in the European Union: A critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32(1) s. 19-88.
- Nilsson, L. (2018). *Svenska folket om välfärdsstatens omstrukturering*. Kapitel i bok 2018: Andersson, U, Carlander, A, Lindgren, E och Oskarson, M (red) Sprickor i fasaden. Göteborg, SOM-institutet.
- Palme, M. (2017). *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys*. Svensk försäkrings rapportserie, vår framtida välfärd, 5.
- Rehnberg, C. och Garpenby, P. (1995). *Privata aktörer i svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Retriever (2020). *Artikelsökning i Retrievers mediearkiv. Antal artiklar som omnämner privat sjukvårdsförsäkring i svenska tryckta och webbaserade medier, inklusive artiklar bakom betalväggar*. Sökningen avser perioden: 2019-09-16 till och med 2020-03-16.
- Rohde, T., Dyrstad, K., Hem, K. G., Halvorsen, T. (2015). *Sykefravær, helseforsikring og ventetider i spesialisthelsetjenesten-Kan sykefraværet reduseres ved å tilby raskere behandling i spesialisthelsetjenesten?*. SINTEF.
- Sagan, A., och Thomson, S. (2016a). *Voluntary Health Insurance in Europe: Country experience: Observatory Studies Series*, 42. World Health Organization.
- Sagan, A., och Thomson, S. (2016b). *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation: Observatory Studies Series*, 43. World Health Organization.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2019). *Statistikdatabasen*. Kommunalskatte-uppgifter efter tabellinnehåll och år. [Hämtad 2020-03-20]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2014). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). <https://www.vantetider.se/veta-mer/Vad-mats-och-visas/specialiserad-varld/> [Hämtat: 2020-03-15]

- Socialstyrelsen (u.å). *Statistikdatabas*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/> [Hämtat: 2020-03-25]
- Socialstyrelsen (2020). *Öppna jämförelser 2020 – Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*. Socialstyrelsen.
- SOU (2016:55). *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för kommissionens vidare arbete*. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Kommissionen för Jämlik hälsa.
- Stjernberg, S. M. (2020). *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: "Som att tro på tomten"*. Arbetsvärlden. Publicerad 2020-02-04.
- Svallfors, S. (2011). A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social policy & administration*, 45(7), s. 806-825.
- Svensk Försäkring (2018). *Sjukvårdsförsäkringar 2000-2018*. <https://www.svenskforsakring.se/contentassets/29c4d201aa53431bb76f30e0b07e32d4/sjukvardsforsakringar-2000-2018.xlsx>. [Hämtat: 2020-03-25]
- Svensk Försäkring (2019). *Förmånsvärdet för sjukvårdsförsäkring 60 procent*. [www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2019/formansvardet-for-sjukvardsforsakring-60-procent/](http://www.svenskforsakring.se/aktuellt/nyheter/2019/formansvardet-for-sjukvardsforsakring-60-procent/) [Hämtat: 2020-03-10].
- Svensk Försäkring (2020a). *Sjukvårdsförsäkringar*. [www.svenskforsakring.se/statistik/skadeforsakring/sjukvardsforsakring/](http://www.svenskforsakring.se/statistik/skadeforsakring/sjukvardsforsakring/) [Hämtat: 2020-02-20].
- Svensk Försäkring (2020b). *Så här fungerar en sjukvårdsförsäkring*. [www.svenskforsakring.se/om-forsakring/vad-ar-och-hur-funkar-det/sa-har-fungerar-en-privat-sjukvardsforsakring/](http://www.svenskforsakring.se/om-forsakring/vad-ar-och-hur-funkar-det/sa-har-fungerar-en-privat-sjukvardsforsakring/) [Hämtat: 2020-03-03].
- Svensk Försäkring (2020c). *Förfrågan från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om statistik*. Skriftligt svar på förfrågan om uppgifter från myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Inkom 2020-03-06.
- SLF – Sveriges läkarförbund. (2020). *Läkarförbundets etiska regler*. <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/> [Hämtat: 2020-03-15]
- Søgaard, R., Pedersen, M. S., Bech, M. (2013). To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals? *Health Policy*, 113(1), s. 61-68.
- Tegle Jansson & Partners – TJP. (2008). *Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inklusive försäkringstjänster och sjukfrånvaron*. På uppdrag av Svenskt Näringsliv.
- Tuohy, C. H., C. M. Flood and M. Stabile. (2004). How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29(3), s. 359-396.

- Tynkkynen, L-K., Alexandersson, N., Kaarboe, O., Anell, A., Lehto, J., Vrangbaek, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country specific contextual factors. *Health Policy*, 122 s. 485-492.
- Vrangbaek, K. (u.å.). *The Danish Health Care System*. International Health Care system profile. The Commonwealth Fund. <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark> [Hämtat: 2020-03-25]
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2015). *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2015:5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti*. Rapport: 2017:6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport: 2018:4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Värd företagarna (2020). *Underlag med anledning av Vårdanalys frågor*. Inkom 2020-03-06.
- Wilson, A. (2015). *United Kingdom* i Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. Observatory Studies Series, 40, s. 295–304. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Öhman, D., Gladh, I. (2019). *En avlastning för den offentliga vården*. Debattartikel i Dagens Medicin. Publicerad: 2019-12-30.
- Östlund, I. (2016). *Omotiverade operationer bakom nya regler*. SVT Nyheter. Publicerad 2016-06-27.







## BILAGA 1 – INTERVJUER OCH SEMINARIUM

För att fånga olika perspektiv och kunskap har vi intervjuat eller samtalat med cirka 50 personer (se Tabell 3). För intervjuerna vände vi oss bland annat till ett urval av sex regioner. Det urvalet baserade sig på att vi ville inkludera de stora regionerna, regioner med olika andel privata vårdgivare och politiska styren, samt vars andel av befolkning med privat sjukvårdsförsäkring skiljde sig åt.

Utöver personerna nedan har vi även samtalat och haft mailkontakt med ett antal ytterligare personer eller aktörer som har bidragit med olika tankar och perspektiv kring vårt uppdrag. Vi har också hämtat in synpunkter från ledamöter i vårt patient- och brukarråd.

**Tabell 3.** Personer som har deltagit i intervjuer och/eller seminarium.

Person	Organisation
Andreas Bergh*	Lunds Universitet
Mio Fredriksson*	Uppsala Universitet
Linn Kullberg	Uppsala Universitet
Anna-Sara Lind	Uppsala Universitet
Mårten Palme	Stockholms Universitet
John Lapidus	Göteborgs Universitet
Hans Svensson	Region Jämtland Härjedalen
Pia Lundbom	Region Skåne

(forts.)

**Tabell 3.** (forts.)

Person	Organisation
Kalle Brandstedt	Region Skåne
Björn Eriksson	Region Stockholm
Lena Hanberg	Region Stockholm
Mats Henningsson	Region Sörmland (mailkontakt)
Rickard Simonsson	Region Örebro
Jonas Claesson	Region Örebro
Kurt Pettersson	Region Örebro
Ann Söderström	Västra Götalandsregionen
Kaarina Sundelin	Västra Götalandsregionen
Manuela Löfving	Västra Götalandsregionen
Olle Olsson	Sveriges Kommuner och Regioner
Fredrik Westander	Sveriges Kommuner och Regioner
Jonas Eriksson	Sveriges Kommuner och Regioner
Milan Knezevic	IVO
Clara Paul	IVO
Joakim Sebring	IVO
Lotta Eriksson	SMER
Kenneth Johansson	SMER
Göran Collste	SMER
Martin Westfeldt	Unionen
Erika Ejderhamn Roupé	Unionen
Linda Wallin	Unionen
Mikael Sandlund	Läkarsällskapet
Heidi Stensmyren	Läkarförbundet
Per Wahlstedt	Läkarförbundet
Sineva Ribeiro	Vårdförbundet
Ann Johansson	Vårdförbundet
Rebecka Prentell	Vårdförbundet
Stefan Jutterdal	Fysioterapeuterna

(forts.)



Tabell 3. (forts.)

Person	Organisation
Marie Granberg	Fysioterapeuterna
Elisabeth Wallenius	Funktionsrätt Sverige
Eva Erlandsson	Svensk Försäkring
Kristina Ström Olsson	Länsförsäkringar
Kent Andersson	Alivia
Karin Liljeblad	Vårdföretagarna
Karl Rydå	Vårdföretagarna
Peter Seger	Sophiahemmet
Daniel Öhman	GHP
Terese Sandberg	GHP
Tobias Wiren	Capio
Sven Söderberg	Svenska Privatläkarföreningen
Anders Morin	Svenskt Näringsliv

\* Extern expert. Har bidragit med synpunkter på ett utkast av rapporten inför slutversion.

## BILAGA 2 – GENOMGÅNG AV RELEVANT VETENSKAPLIG LITTERATUR

Vi har gjort en litteraturgenomgång för att ta del av forskning om hur frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten i hälso- och sjukvården samt jämlikhet och principen om vård efter behov och på lika villkor. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har bistått i arbetet med att söka efter relevanta studier i databaserna Medline, Embase, Scopus, Econlit och Academic Search Premier. SBU har även sökt efter litteratur i de svenska, danska och norska nationella forskningspublikationsdatabaserna (Swepub, Forskningsdatabasen.dk och Cristin) samt i IDEAS/RePEc för att identifiera relevanta artiklar och grått forskningsmaterial inom det nationalekonomiska ämnesområdet.

Sökningarna resulterade i totalt 11 831 träffar. SBU granskade samtliga träffar baserat på titel och sammanfattning, vilket reducerade antalet artiklar till 139. Fokus för sökning och granskning var att identifiera effekter av privata sjukvårdsförsäkringar i ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem. Ansatsen var en bred sökning, avgränsad till artiklar publicerade år 2000 eller senare. Även artiklar fokuserade på sjukvårdssystemet i USA exkluderades ur sökningen. Vi har därefter bedömt om artiklarna är relevanta för den här rapporten. En kompletterande sökning gjordes i Scopus för att försöka hitta fler artiklar som undersöker frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekt på jämlikhet och vård efter behov och på lika villkor.

När vi gick igenom forskningslitteraturen fokuserade vi på artiklar från Danmark, Norge, Finland, Storbritannien och Sverige samt litteraturöversikter. Den avgränsningen gjorde vi dels på grund av den begränsade tiden, dels för att de länderna har hälso- och sjukvårdssystem som påminner om det svenska (se mer om ländernas hälso- och sjukvårdssystem i kapitel 4.2.1).

Totalt inkluderade vi 6 artiklar från sökningen och i vissa fall har vi även tagit in exempel från andra studier som vi har hittat under arbetets gång. Till exempel tar vi upp en studie från Frankrike som handlar om frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekt på jämlik tillgång till vård. Ett skäl till att vi inte har funnit så många relevanta studier kan vara att forskningen på området är begränsad. Ett annat skäl skulle kunna vara att vi inte fångat in all relevant litteratur på grund av den snäva tidsramen som satta begränsningar för möjligheten att testa och utvärdera sökningen.

En av studierna vi inkluderade är en systematisk litteraturöversikt av Bambra m.fl. (2014). SBU har granskat översikten utifrån risken för snedvridning av resultaten. Enligt deras bedömning håller översikten av Bambra m.fl. (2014) god metodologisk kvalitet och risken för att resultatet blivit snedvridet på grund av brister i avgränsning, litteraturgenomgång eller hantering av resultaten har minimerats.

## BILAGA 3 – ANALYSER BASERADE PÅ VÄNTETIDSDATABASEN

Med hjälp av den nationella väntetidsdatabasen har vi försökt belysa följande två frågor:

1. Får patienter med privat sjukvårdsförsäkring vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter som tar emot båda typerna av patienter?
2. Efterlevs den författningsreglerade vårdgarantin eller annan tidsgräns som anges i avtalen med regionen bland privata vårdgivare som tar emot både offentligt och privat finansierade patienter?

### **Hur länge väntar offentligt finansierade patienter på förstabesök och åtgärd?**

Väntetidsdatabasen är en nationellt täckande databas som administreras av SKR. Regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till den enligt gällande författningar (9 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § HSF). Privata vårdgivare ingår också i databasen om regionen har anmält enheten och om den har rätt förutsättningar att redovisa de efterfrågade uppgifterna (SKR 2020).

Väntetidsdatabasen är i stor utsträckning uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och tidigare kömiljarden, vilket innebär att det i första hand är delarna och tidsgränserna i dem som mäts och följs upp. I den här rapporten fokuserar vi på förstabesök och påbörjad behandling (åtgärd) inom den specialiserade vården. För de två delarna finns det två olika mått i väntetidsdatabasen: utifrån genomförda vårdinsatser och utifrån antalet väntande (se Vårdanalys 2017b för närmare beskrivning av de olika måtten). Vi redovisar i huvudsak resultat baserade på genomförda besök och åtgärder. Patienter som rapporteras som så kallat självvalt väntande över 90 dagar ingår inte i analysen. Data avser år 2019.

Analysen fokuserar på ett urval av vårdområden och regioner. De vårdområden som ingår är:

1. ortopedi
2. urologi
3. hudsjukvård (endast förstabesök)
4. ryggkirurgi (endast åtgärd)
5. ögonsjukvård
6. öron-näsa-halssjukvård.

Vi redovisar resultat för de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Antalet privata vårdgivare är generellt fler i de regionerna än i övriga regioner. Urvalet av vårdområden har vi gjort med hänsyn till inom vilka områden det förekommer privata vårdgivare och vårdvalssystem, eftersom vi bedömer att de eventuella konsekvenserna av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringarna är tydligast inom sådana vårdområden. Vi har också utgått från områden där vi, i dialoger med representanter från regionerna, har fått indikationer på att offentligt finansierade patienter har uppfattat att personer med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare. Urvalet ska alltså inte ses som varken slumpmässigt eller heltäckande. Syftet är att belysa om det förekommer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än offentligt finansierade patienter, och om privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter efterlever den författningsreglerade vårdgarantin eller andra tidsgränser som sätts upp i avtalen gentemot regionen. På så vis kan vi också ge ett exempel på, och bidra till en diskussion om, hur de frågorna skulle kunna belysas och följas upp framöver. Men resultaten ger ingen information om hur det ser ut inom andra vårdområden eller för hälso- och sjukvården totalt. Vi gör inte heller någon analys av hur stora verksamheterna är som ingår i vårt urval, och därmed hur många offentligt finansierade patienter som berörts av de resultat vi redovisar.

Det är bara information om de offentligt finansierade patienterna som rapporteras till väntetidsdatabasen. Där finns också information om huruvida vårdgivaren är privat eller offentlig, men inte om i fall respektive vårdgivare tar emot både privat och offentligt finansierade patienter. Vad vi känner till finns det inte sådan information samlad någon annanstans heller. En viktig del i vår analys är att identifiera just de vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter. För att samla in den informationen har vi kontaktat de omkring 130 privata vårdgivare som finns med i väntetidsdatabasen år 2019 i de tre regioner och de vårdområden som ingår i urvalen, och frågat dem om de tog emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring under 2019. I de flesta fall har vi ringt och frågat, och i några fall har vi skickat e-post eller hämtat informationen från vårdgivarnas webbsidor. Utifrån den har vi sedan identifierat den grupp privata vårdgivare som tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Men vi har inte tagit hänsyn till hur stor del av verksamheterna som fokuserar på patienter med privat sjukvårdsförsäkring. I vissa fall är det möjligt att andelen patienter med privat sjukvårdsförsäkring är stor i förhållande till andelen offentligt finansierade patienter, medan det på andra ställen kan hända att förekomsten av privat finansierade patienter är

betydligt mindre. Vi har inte heller undersökt vilka tjänster som erbjuds till patienterna med privat sjukvårdsförsäkring och hur de förhåller sig till vad vårdgivaren ska erbjuda patienterna med offentlig finansiering enligt avtalen med regionen. Vi har inte kunnat kontrollera om informationen vi fått är korrekt, utan utgår från de svar vi fått i våra kontakter.

Väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta källan till information om väntetider inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige. Den har kontinuerligt förbättrats, men det finns fortfarande kända begränsningar och brister. Till exempel finns det ingen information om täckningsgraden när det gäller privata vårdgivare. Vi vet alltså inte om, och i så fall hur många, privata vårdgivare som det saknas information om. Efter dialog med regionföreträdare har vi fått indikationer på att det verkar saknas omkring tio privata vårdgivare i den nationella väntetidsdatabasen inom de vårdområden som ingår i vår analys för Stockholm och omkring fem för Västra Götaland. Dessa har vi inte inkluderat i vår resultatredovisning.

Verksamheter som arbetar efter den så kallade nationella taxan finns i stort sett inte alls med i underlaget som ligger till grund för vår analys.

När en privat vårdgivare av någon anledning tar över en remiss från en annan vårdgivare, exempelvis för att regionen fördelar ut patienter till vissa privata vårdgivare som de har avtal med när de behöver förstärkning för att klara vårdgarantin, har vi uppfattat att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen – om det är den tid som patienten väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv. Det innebär att det i sådana här situationer kan finnas privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen. Vi har inte fått grepp om hur vanligt detta fenomen är. Vår bedömning är att det inte inträffar vid avtal enligt LOV eller nationella taxan och inte heller vid avtal enligt LOU så länge det är patienten själv som väljer vårdgivare.

## **Patienter med offentlig finansiering väntar ofta längre än 30 dagar på förstabesök och åtgärd**

Figur 11 och figur 12 visar hur stor sammantagen andel av patienterna med offentlig finansiering som får sitt förstabesök respektive åtgärd inom 30 dagar hos de privata vårdgivare som också tar emot privat finansierade patienter. Resultaten visar att långt ifrån alla offentligt finansierade patienter får sitt besök eller sin åtgärd inom 30 dagar, vilket tyder på att offentlig finansierade patienter i genomsnitt får vänta längre än patienter med privat finansierad vård. Från försäkringsvillkoren vet vi att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får sitt besök inom 3–7 dagar och en åtgärd inom 14–21 dagar. Enligt Svensk Försäkring är det tidsgränser som i princip alltid efterlevs (annars betalas ersättning ut till försäkringstagaren), och ofta får patienten vård även snabbare än så.

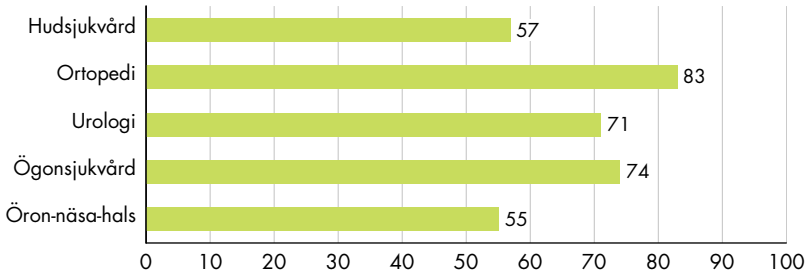
Att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering är ett förväntat resultat. En poäng med att ha en privat sjukvårdsförsäkring är just att få vård snabbare, vilket också är ett av de argument som försäkringsbolagen använder i sin marknadsföring. Eftersom försäkringsvillkoren dessutom säger att ett besök fås inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar, medan de författningsreglerade vårdgarantierna och regionalt beslutade tidsgränserna i den offentligt finansierade vården säger att besök ska fås inom 30 (Stockholm) eller 90 dagar och en påbörjad behandling inom 90 dagar (6 kap. 1 § HSF), är det också väntat att väntetiderna skiljer sig åt.

En begränsning i resultaten är att det saknas information om patienternas behov: hur allvarlig åkomman har bedömts vara. Den informationen saknas även för patienterna med privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att vi inte vet om och eventuellt hur behoven skiljer sig mellan de två typerna av patienter. Om de som får vård genom privat sjukvårdsförsäkring har större och mer brådskande behov skulle det kunna motivera att de får vård snabbare. För att behoven skulle förklara skillnaderna mellan de offentliga och privat finansierade patienterna skulle patienterna med privat sjukvårdsförsäkring behöva ha förhållandevis rätt mycket större behov.

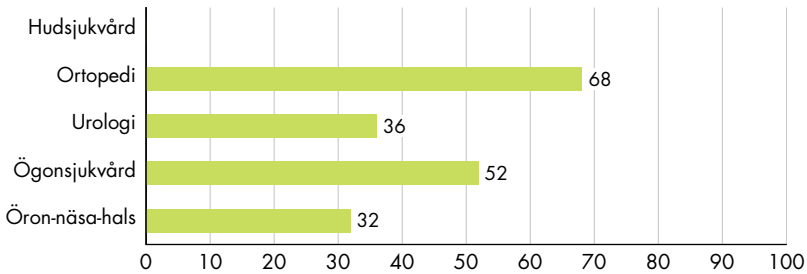
Generellt finns det tecken på att den totala gruppen med privat sjukvårdsförsäkring har bättre hälsa än befolkningen som helhet. Det beror bland annat på att det främst är personer i arbetsför ålder som har en privat sjukvårdsförsäkring, och att det oftast krävs antingen att personen genomgår en hälsodeklaration eller är fullt arbetsför. Samtidigt är det inte alla som har en sjukvårdsförsäkring som använder den, och det är svårt att veta hur stora behoven är för dem som bedöms behöva vård.

**Figur 11.** Andel offentligt finansierade patienter som fick sitt förstabetesök inom 30 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Ett urval av vårdområden och regioner, år 2019.

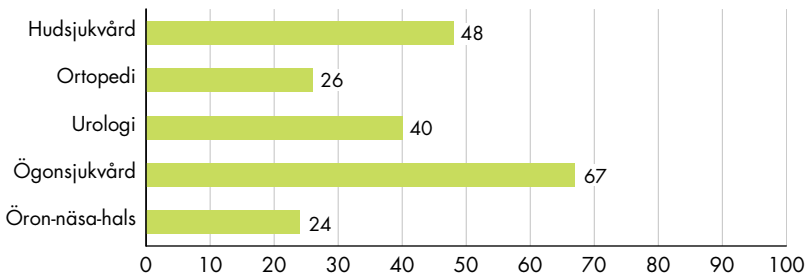
► **Stockholm**



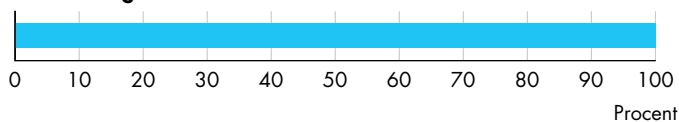
► **Västra Götaland**



► **Skåne**



► **Privat sjukvårdsförsäkring**

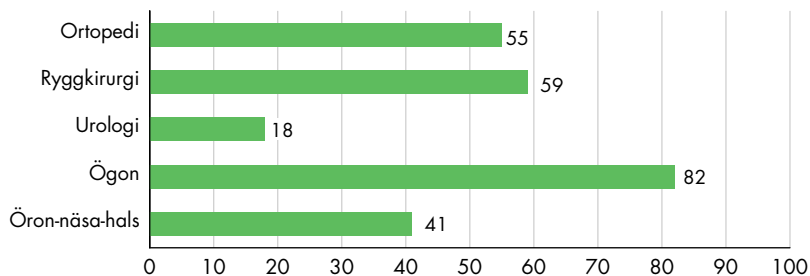


Not: Baseras på mättet genomförda förstabetesök. Patientvalt väntande ingår inte i beräkningen.

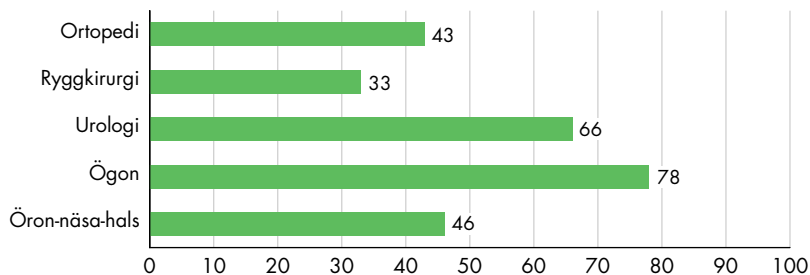
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 12.** Andel offentligt finansierade patienter som fick en planerad åtgärd inom 30 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Ett urval av vårdområden och regioner, år 2019.

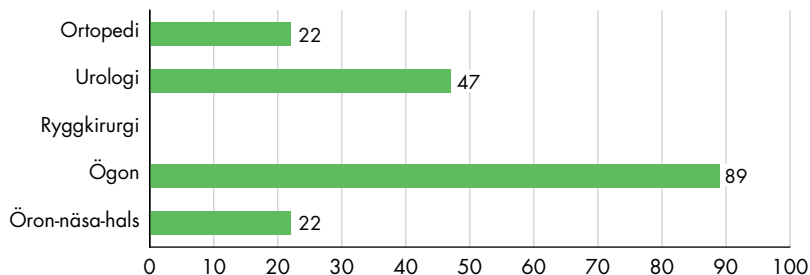
► **Stockholm**



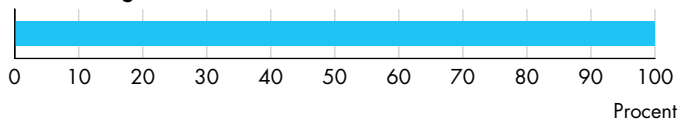
► **Västra Götaland**



► **Skåne**



► **Privat sjukvårdsförsäkring**



Not: Baseras på mättet genomförda åtgärder. Patientvalt väntande ingår inte i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.



## **Vårdgarantin eller andra avtalade tidsgränser efterlevs inte alltid samtidigt som patienter med privat sjukförsäkring tas emot**

Med hjälp av den nationella väntetidsdatabasen har vi också belyst om privata vårdgivare, som tar emot både offentligt finansierade patienter och patienter med privat sjukvårdsförsäkring, efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och tidsgränserna som ingår i avtalet de har gentemot regionen. Det är intressant att undersöka eftersom det berör frågan om ledig kapacitet. Om privata vårdgivare uppfyller den författningsreglerade vårdgarantin och avtalen med regionen, bland annat när det gäller avtalade väntetider, kan det sägas finnas ledig kapacitet om vårdgivarna har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen i verksamheten som omfattas av avtalet med regionen. Men om kraven på väntetider som ställts av regionen inte efterlevs, är det svårt att se att det skulle kunna finnas ledig kapacitet i den verksamheten. Det minskar i så fall också möjligheten att de privata sjukvårdsförsäkringarna avlastar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Alla vårdgivare ska erbjuda vård enligt den författningsreglerade vårdgarantin. Besöksgarantin och behandlingsgarantin inom den författningsreglerade vårdgarantin anger att en patient ska få ett besök inom den specialiserade vården och påbörjad behandling inom 90 dagar (6 kap. 1 § HSF). De 90 dagarna är alltså en bortre gräns som gäller även om inga tidsgränser anges i avtalen. Men regionerna kan också ange snävare tidsgränser i avtalen med privata vårdgivare. Vi har inte gått igenom de enskilda avtal som gäller mellan de privata vårdgivarna i analysen och respektive region, men fått övergripande information från regionföreträdare.

I Stockholm finns en regional vårdgaranti som säger att patienten ska få sitt förstabesök inom 30 dagar. För åtgärder är det 90 dagar som gäller, det vill säga samma tidsgräns som i den författningsreglerade vårdgarantin. Det är den regionala vårdgarantin med 30 dagar till förstabesök och 90 dagar till behandling som skrivs in i avtalen mellan Region Stockholm och privata vårdgivare.

I Västra Götaland har regionen valt att reglera tid till förstabesök respektive åtgärd i sina upphandlade avtal. När det gäller de vårdområden som ingår i vår analys är det 30 dagar till förstabesök och 60 dagar till åtgärd som skrivs in i avtalen.

I Skåne utgår avtalen från den författningsreglerade vårdgarantins tidsgränser.

Figur 13 och 14 visar övergripande hur stor sammantagen andel av de offentligt finansierade patienterna som får sitt förstabesök respektive åtgärd

inom 30, 60 och 90 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot privat finansierade patienter. Resultaten visar att tidsgränserna som gäller enligt avtalen gentemot regionen inte alltid efterlevs hos de privata vårdgivarna sammantaget. Det innebär vissa frågetecken när det gäller om det går att argumentera att det finns ledig kapacitet hos dem.

När det gäller förstabesök inom den specialiserade vården efterlevs vårdgarantins 30 dagar, som gäller i Stockholm, inte inom något av de vårdområden vi har inkluderat (figur 13). Högst är efterlevnaden inom ortopedi, urologi och ögonsjukvård, där 70–80 procent av de offentligt finansierade patienterna får sitt besök inom den avtalade tidsgränsen.

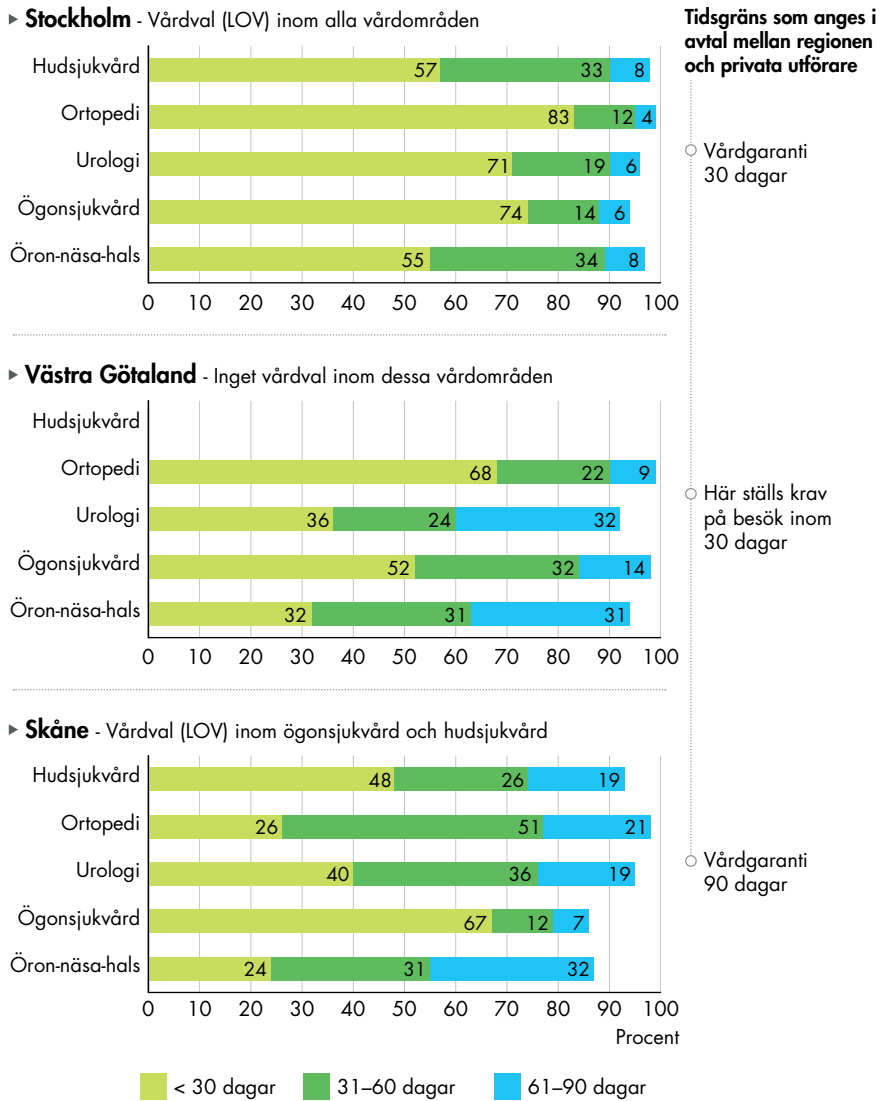
I Västra Götaland gäller också 30 dagar för förstabesök. Tidsgränsen efterlevs inte fullt ut inom något vårdområde, och varierar mellan 32 procent inom öron-näsa-hals-sjukvård och 68 procent inom ortopedi. I Skåne gäller i stället 90 dagars tidsgräns för förstabesök, vilket efterlevs i förhållandevis stor utsträckning inom de vårdområden vi har fokuserat på. Bristen är störst inom ögonsjukvården där omkring 85 procent av besöken genomförs inom 90 dagar.

Patienter som av någon anledning har tackat nej till en erbjuden tid eller själva valt att vänta längre än 90 dagar (så kallat patientvalt väntande) har exkluderats. Det är alltså sannolikt inte sådana frivilligt väntande som gör att efterlevnaden inte är hundra procent.

När det gäller åtgärd är det 90 dagar som gäller enligt avtalen i Stockholm och Skåne. Den tidsgränsen efterlevs i många fall, men inte alltid. I Stockholm är det nära hälften av patienterna med offentlig finansiering som inte får sin urologiska åtgärd inom 90 dagar, och omkring åtta procent som inte får sin ortopediska eller ryggkirurgiska åtgärd inom 90 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. I Skåne finns en bristande efterlevnad främst inom ortopedi. I Västra Götaland är det 60 dagar som gäller för åtgärder inom de vårdområden som ingår i vår analys. Det hålls i de flesta fall inom ögonsjukvården. Lägst är efterlevnaden inom ortopedi och öron-näsa-hals-sjukvården.

Liksom vid förstabesök har patienter som av någon anledning har tackat nej till en erbjuden tid eller själva valt att vänta längre än 90 dagar (så kallat patientvalt väntande) exkluderats.

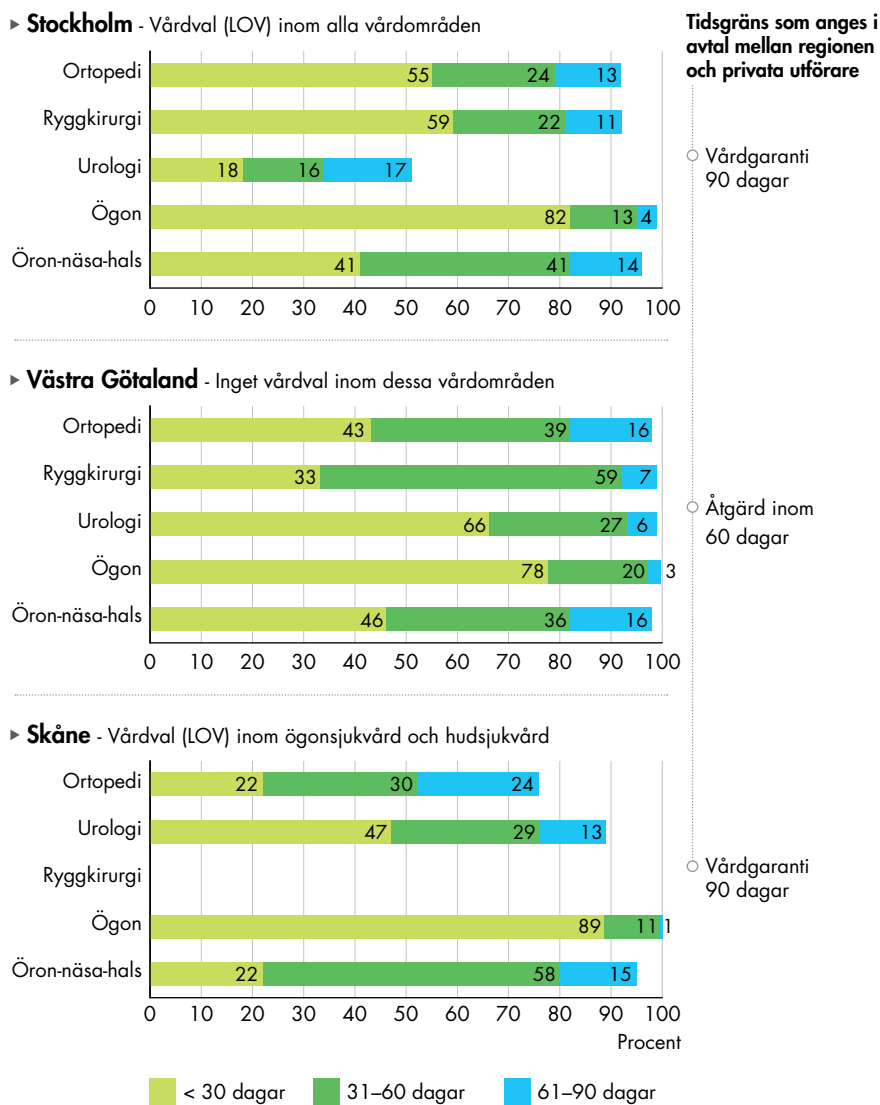
**Figur 13.** Andel offentligt finansierade patienter som fick sitt förstabetesök inom 30, 60 och 90 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Ett urval av vårdområden och regioner, år 2019.



Not: Baseras på mätet genomförda förstabetesök. Patientvalt väntande ingår inte i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 14.** Andel offentligt finansierade patienter som fick en planerad åtgärd inom 30, 60 och 90 dagar hos privata vårdgivare som också tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Ett urval av vårdområden och regioner, år 2019.



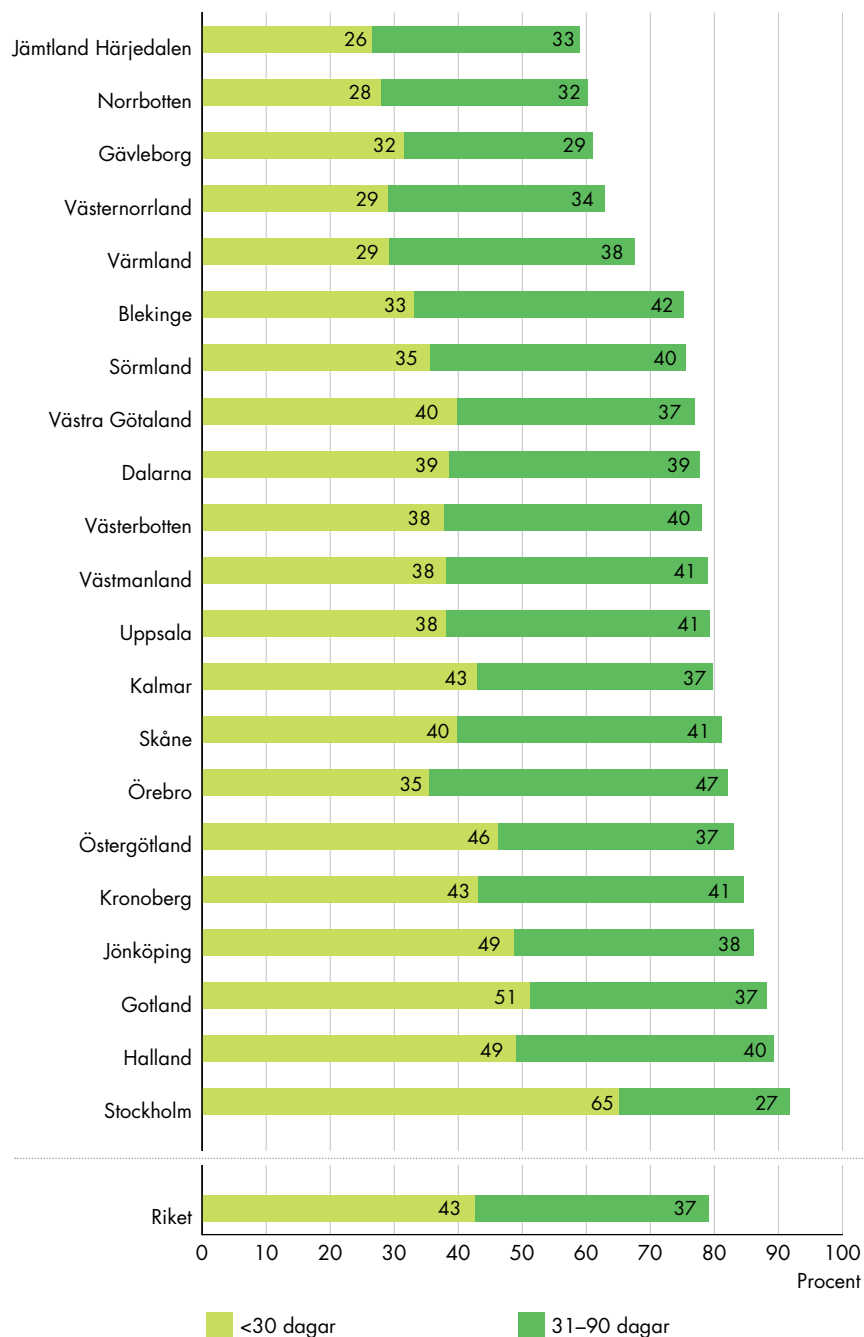
Not: Baseras på mättet genomförda åtgärder. Patientvalt väntande ingår inte i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

## Väntetiderna skiljer sig åt även på andra sätt

Även om vi kan konstatera att mycket tyder på att patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering, och även om de tidsgränser som anges i avtalen mellan de privata vårdgivarna och respektive region inte alltid efterlevs samtidigt som de privata vårdgivarna tar emot patienter med privat sjukförsäkring, är det i sammanhanget värdefullt att lyfta blicken något och sätta skillnaderna i väntetider i en större kontext. Det är inte bara mellan patienter med och utan privat sjukvårdsförsäkring som väntetiderna skiljer sig åt. Det är känt sedan tidigare att väntetiderna, och vårdgarantins efterlevnad, skiljer sig betydligt mellan regioner och även mellan verksamheter inom en region (se t.ex. Vårdanalys 2015 och 2017b). De kan också skilja sig mellan socioekonomiska grupper. Även den här typen av skillnader kan innebära att principen om vård efter behov och på lika villkor åsidosätts. Samtidigt är det viktigt att notera att när det gäller skillnader mellan patienter med och utan sjukvårdsförsäkring är det tydligt vad det är som ligger bakom och driver skillnaden, nämligen en specifik produkt som går att köpa sig genom ett medvetet val, det vill säga innehavet av en sjukvårdsförsäkring. När det gäller många andra kända skillnader, exempelvis mellan regioner, är förklaringarna av ett annat slag. Ofta handlar det inte om enskilda och specifika faktorer där medvetna val görs, utan snarare om exempelvis skilda förutsättningar, organisering och ledarskap och så vidare.

Figur 15 och 16 redovisar hur den samlade väntetidssituationen ser ut i regionerna, för förstabesök respektive åtgärder. Här framgår bland annat att det finns stora skillnader mellan regionerna i andelen patienter på väntelistorna som har väntat högst 30 och 90 dagar. När det gäller förstabesök är det totalt 65 procent av patienterna på väntelistorna som har väntat högst 30 dagar i Stockholm, och omkring 8 procent som väntat mer än 90 dagar. I Jämtland–Härjedalen har 41 procent av patienterna på väntelistorna väntat mer än 90 dagar. Liknande skillnader finns för åtgärder, men ordningen mellan regionerna skiljer sig en del. Även om det sannolikt finns skillnader i hur snabbt patienter med och utan sjukvårdsförsäkring får vård, inte minst i Stockholm, och även om det är ett problem i ljuset av principen om vård efter behov, är väntetiderna för offentligt finansierade patienter i Stockholm förhållandevis korta i ett nationellt perspektiv.

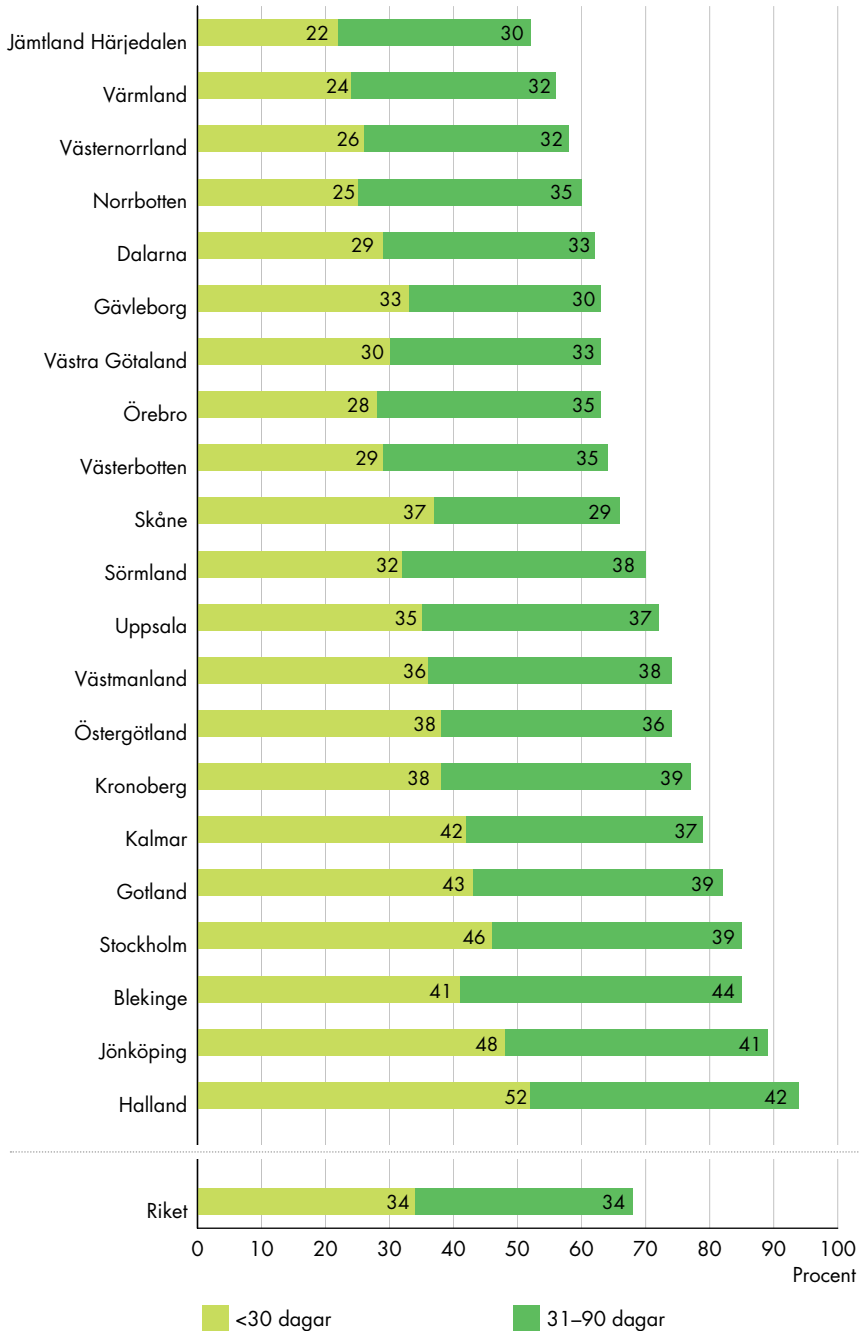
**Figur 15.** Andel patienter på regionernas väntelistor som väntat högst 30 respektive 90 dagar på sitt förstabetesök. År 2019.



Not: Baseras på mättet väntande på förstabetesök. Andelarna som redovisas i figuren är beräknade utifrån genomsnitt av årets tolv månader, alltså antalet patienter som väntat högst 30 respektive 90 dagar (genomsnittet av årets tolv månader) som andel av det totala antalet patienter på väntelistorna (genomsnitt för årets tolv månader). Patientvalt väntande ingår inte i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 16.** Andel patienter på regionernas väntelistor som väntat högst 30 respektive 90 dagar på åtgärd. År 2019.



Not: Baseras på mättet väntande på åtgärder. Andelarna som redovisas i figuren är beräknade utifrån genomsnitt av årets tolv månader, alltså antalet patienter som väntat högst 30 respektive 90 dagar (genomsnittet av årets tolv månader) som andel av det totala antalet patienter på väntelistorna (genomsnitt för årets tolv månader). Patientvalv väntande ingår inte i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen











# Privata sjukvårdsförsäkringar

## Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utifrån ett regeringsuppdrag kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar. I den här rapporten redovisar vi vårt arbete. Vissa konsekvenser rör personer på individnivå och andra rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Vi belyser även vissa konsekvenser för samhället i övrigt. På det sättet vill vi bidra med ett kunskapsunderlag i en angelägen fråga.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

