

DATUM 2022-01-31

DIARIENR 4703/2021

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll* (SOU 2021:80, S2021/06996).**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har enligt vår instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Det är från det perspektivet vårt yttrande tar sin utgångspunkt.

**Inledande kommentarer**

Vi ställer oss överlag positiva till förslagen men lämnar vissa medskick och kommentarer.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

Målet om en vård på lika villkor efter behov gäller all hälso- och sjukvård, oavsett vem som utför den och hur den finansieras. Det innebär inte något formellt krav på att enskilda aktörer ska se till att det är uppfyllt vid varje enskild tidpunkt. Däremot är det något som alla som omfattas av HSL bör sträva efter. Därför bör frågan också ta sin utgångspunkt i och analyseras utifrån ett övergripande systemperspektiv – något vi delvis saknar resonemang om i utredningen och direktivet till den.

I vår rapport om privata sjukvårdsförsäkringar drog vi bland annat slutsatsen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare (med kortare väntetider) än personer som får vård genom den offentligt finansierade vården, och att det sannolikt inte beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Det är en slutsats som avser hälso- och sjukvården och systemet på ett övergripande plan (Vård- och omsorgsanalys 2020:3).

Vi lyfte också att prioriteringar utifrån om personer har en privat sjukvårdsförsäkring eller inte riskerar 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. 1996/97:60). Men i praktiken påverkar sådana faktorer vilka som har privat sjukvårdsförsäkring eller inte, vilket i sin tur sannolikt påverkar väntetider och utbud (Vård- och omsorgsanalys 2020:3). Även det är en fråga vi saknar resonemang om i utredningen och dess direktiv.

Med det sagt är det samtidigt svårt att ge ett entydigt svar på hur patienterna i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas förutsättningar för att genom systematiskt insamlad information följa utvecklingen och bidra med kunskap om det. Här ser vi att utredningen lämnar flera viktiga förslag som kan bidra till att öka kunskapen.

Vi ser att förslagen som utredningen lämnar är ett steg i rätt riktning för att nå ökad kunskap, men vi har svårt att avgöra om de i sig är tillräckliga, givet att privat finansierad vård på ett övergripande plan inte är förenligt med principerna om en vård efter behov på lika villkor. I det hänseendet hade det varit önskvärt om förslagen varit tydligare motiverade i utredningen.

Parallellt med frågorna om och hur privat finansierad vård påverkar den offentligt finansierade vården och hur området bör regleras, är det också viktigt att fortsatt utveckla den offentligt finansierade vården. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig för alla och lagar som finns ska efterlevas. Det fungerar inte fullt ut så i dag (se t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2021:08 och 2021:10). Vården har sedan länge utmaningar med att erbjuda en tillgänglig och samordnad vård med hög delaktighet från patienter och närstående. Arbetet med att förbättra den offentligt finansierade vården kan potentiellt minska efterfrågan på privat finansierade alternativ. Beslutsfattare bör också öka sin kunskap om vilka problem den privat finansierade vården syftar till att lösa och hur, samt bedöma om och vilka förändringar det motiverar inom den offentligt finansierade vården.

Nedan följer våra mer detaljerade synpunkter och reflektioner på några av utredningens förslag under respektive rubrik.

### **13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård**

Utredningen konstaterar att bestämmelserna om den etiska plattformen gäller för all vård, oavsett om det är frågan om offentlig eller privat drift eller finansiering, och att behovs- och solidaritetsprincipen även gäller på övergripande nivå. Samtidigt uppmärksammar utredningen att det i stor utsträckning saknas resonemang om privat vård, såväl när det gäller privat drift som finansiering, i förarbetena till den etiska plattformen. Här lyfts också att det saknas vägledning från myndigheter om hur den etiska plattformen ska tolkas och efterlevas i sammanhanget.

I rapporten *Styra mot horisonten* (Vård- och omsorgsanalys 2020:7) konstaterade vi att det kan finnas vissa svårigheter att tillämpa den etiska plattformen i praktiken, och att det därmed kan finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den. Samtidigt är det svårt att avgöra om problemen med att tillämpa den beror på att den är otydlig, svår att följa upp eller att det saknas kompletterande kunskapsstöd.

Vi hade gärna sett en utförligare analys av orsakerna bakom utredningens bedömning att det kan finnas en risk för att den etiska plattformen får bristande genomslag i och med privata sjukvårdsförsäkringar – handlar det till exempel om brist på kunskap hos vårdgivare, regioner eller myndigheter om den etiska plattformen och hur den ska tillämpas, eller om brist på data och uppföljning? Först när den kunskapen finns är det möjligt att avgöra om det finns skäl att se över den etiska plattformen, och i så fall på vilket sätt.

En ytterligare anledning till att en översyn av den etiska plattformen kan behöva övervägas är att säkerställa att den står i samklang med den rådande synen på hälso- och sjukvårdens roll och vilka värden som ska genomsyra den. Vi ser det som värdefullt att utredningen kopplar privata sjukvårdsförsäkringar till en diskussion om mer övergripande frågor kring universalism och välfärdsstatens roll samt för- och nackdelar ur olika intressenters perspektiv. Samtidigt hade vi gärna sett att utredningen tagit fram några utförliga alternativ på olika typer av kombinationer av offentlig och privatfinansierad vård, och

analyserat vilka konsekvenser de medfört för välfärdsstaten och för olika intressenter samt hur alternativen förhåller sig till nuvarande lagstiftning.

### **13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget om att tydligare reglera hur hälso- och sjukvården får finansieras och att nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården ska tas in i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

### **13.4 Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget men anser att det i delar är otydligt och lämnar följande kommentarer.

#### **13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården**

I utredningen beskrivs vilka avtalsvillkor regionerna bör använda. Exempelen är ibland otydliga och svåra att tolka:

Ett exempel är det utredningen skriver på s. 417: ”Konkurrensverket har i remissvaret på Ds 2016:29, Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård, föreslagit att det i avtalen bör regleras hur turordning och prioritering av patienter ska ske, och om eventuell överkapacitet ska kunna säljas till andra aktörer. Utredningen instämmer i detta”. Vård- och omsorgsanalys anser att det är otydligt vad som menas med överkapacitet i det här sammanhanget, och hur det ska definieras eller tolkas givet olika avtalsformer. Det är inte heller något som framkommer av Konkurrensverkets yttrande över Ds 2016:29 som utredningen hänvisar till. Vi ser därför att begreppet överkapacitet är något som staten eller regionerna i samverkan närmare bör definiera.

I våra analyser ser vi 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 offentlig finansierade patienterna. Det gör det svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av de vårdgivarna (Vård- och omsorgsanalys 2020:3). Samtidigt hade vår undersökning vissa begränsningar som gör att slutsatserna ska tolkas med försiktighet – bland annat tog analysen inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. I sammanhanget är det positivt att utredningen utifrån sina kontakter med SKR kan konstatera att väntetidsdatabasen numera innehåller information om var väntan har uppstått, sidan 465.

Det som avgör om kraven på volym och väntetider kan sägas vara uppfyllda, skiljer sig åt beroende på vilken 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, eller den så kallade nationella taxan, används avtalas inte om någon särskild volym utan den är tänkt att följa patienternas val. När det gäller avtal enligt LOV går det därför i princip aldrig att säga att vårdgivaren levererat den volym den åtagit sig eftersom inga volymer avtalas, medan det kan vara möjligt för vissa avtal enligt LOU (Vård- och omsorgsanalys 2020:3).

Ett annat exempel är det utredningen skriver på s. 418: ”En granskning, av regionen eller av IVO, av olika tidsgränser sker därför först sedan det konstaterats huruvida vårdgivaren har gjort en medicinsk prioritering”. Vård- och omsorgsanalys anser att det är otydligt vad

som menas med det påståendet och hur det ska konstateras om vårdgivaren har gjort en prioritering.

Vi ser, bland annat utifrån ovanstående exempel, att det troligen blir svårt för regionerna att följa upp om avtalsvillkoren som skrivs också efterlevs i praktiken. Kopplat till regionernas uppföljning är en möjlig fråga, som utredningen inte resonerat kring eller lämnat förslag på, om och hur regioner och försäkringsbolag kan samarbeta i den uppföljning de gör av leverantörer som båda aktörerna har avtal med.

#### **13.4.4 Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren**

Utredningen konstaterar att informationen som regionen får i samband med uppföljningen av privata vårdgivare som har flera uppdragsgivare, och bedriver både privat och offentligt finansierad vård, ska kunna leda till att regionen vidtar en medicinsk revision – alltså granskar frågan medicinskt med fokus på kvaliteten eller anmäler en händelse till IVO. Det framgår eller tydliggörs inte om eller när en sådan medicinsk revision bör ske eller om den kan innefatta vården som ges till privatfinansierade patienter.

Däremot refererar utredningen i avsnitt 6.5.4 till Vård- och omsorgsanalys rapport från 2020: ”...Vård- och omsorgsanalys rekommenderar därför huvudmännen att se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med, i syfte att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. I det arbetet bör det bl.a. ses över hur den upphandlingsrättsliga proportionalitetsprincipen kan tolkas och tillämpas. Möjligheterna till regional medicinsk revision även för privatfinansierade patienter bör belysas. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Myndigheten bedömer också att om regionerna önskar stöd i arbetet bör regeringen överväga att bistå dem, förslagsvis genom en lämplig myndighet.”

#### **13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna**

På sidan 426 instämmer utredningen i IVO:s bedömning att det är viktigt att tillsynsmyndigheten kan vidta åtgärder mot regionerna i egenskap av huvudmän. Vård- och omsorgsanalys tillstyrker bedömningen och ser att det här är en central fråga som rör mer än privata sjukvårdsförsäkringar. Nyligen rekommenderade vi regeringen att utreda möjligheten för IVO att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän. IVO saknar den befogenheten i dag, samtidigt som huvudmännen har en avgörande roll i att skapa förutsättningar för vårdgivarna att erbjuda vård som uppfyller patientlagstiftningen och dess intentioner (Vård- och omsorgsanalys 2021:10).

#### **13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan**

Vård- och omsorgsanalys delar bedömningarna som görs i det här avseendet eftersom förslag som lämnats i SOU 2020:19 om att förändra eller upphäva lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi är under beredning.

### **13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen**

Vi delar utredningens bedömning att förslagen i SOU 2021:4 bör genomföras bland annat i syfte att möjliggöra för privata vårdgivare att lämna uppgifter till regionerna för kvalitetsuppföljning utan hinder av sekretess. Det förslag som lämnades i SOU 2021:4 innebar att det skulle vara frivilligt för vårdgivare att lämna uppgifter för kvalitetsuppföljning. Vi anser att man även närmare borde analysera möjligheten att göra det obligatoriskt för alla vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård, även privata sådana, att göra uppgifter tillgängliga för kvalitetsuppföljning i ett sammanhållet regionalt system. Därutöver bör förslaget analyseras utifrån om och när privata vårdgivare ska lämna uppgifter till regionerna även för den vård som är privat finansierad (se 13.4.4 ovan).

### **13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker utredningens förslag samt bedömningen att IVO bör fortsätta att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård samt bidra till ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Vi har också rekommenderat att regeringen utifrån slutsatserna från IVO:s förstudie om medicinska revisioner på området bör ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt (Vård- och omsorgsanalys 2020:3). Det kan till exempel handla om att lämna ett regeringsuppdrag till IVO att prioritera en sådan tillsyn.

### **13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget och ställer oss särskilt positiva till det. I vår rapport om privata sjukvårdsförsäkringar rekommenderade vi regeringen att 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 (Vård- och omsorgsanalys 2020:3). Det är positivt att utredningen närmare utrett de rättsliga förutsättningarna för det och även övervägt konsekvenserna för den personliga integriteten.

Vi instämmer i utredningens bedömning att det handlar om en förhållandevis liten utvidgning av registret men att nyttan det – genom statistik som underlag till forskning och uppföljning – kan bidra till är stor. Till exempel kan det bidra med kunskap om utvecklingen av privat finansierad vård, eventuella skillnader i vårdutbud och medicinsk praxis mellan privat och offentligt finansierad vård, och hur vårdflöden däremellan ser ut. Däremot kan uppgifterna i patientregistret i sig inte bidra med information om till exempel nyttjandegrad (det vill säga utnyttjandet av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring). För sådan information skulle uppgifterna behöva samköras med andra register (t.ex. SCB:s register enligt förslaget under rubrik 13.9).

### **13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker utredningens förslag och delar bedömningen att det bara är relevant att register med koppling till privat finansiering innehåller information om finansieringsform. Det här förslaget bör ses som ett komplement och inte ett alternativ till att inkludera en sådan uppgift i patientregistret, eftersom vårdgivares rapportering av data till nationella kvalitetsregister oftast är frivillig och inte möjliggör samma typer av systemanalyser som motsvarande uppgift i patientregistret.

Det är rimligt att registerhållarna får bedöma i vilka fall det är relevant. Givet att uppgifter om finansieringsform inkluderas i patientregistret vid Socialstyrelsen kan även deskriptiv statistik därifrån, över andelen privat finansierad vård inom olika vårdområden, på sikt vara vägledande i en sådan bedömning. Som utredningen skriver kan sådana uppgifter möjliggöra analyser av om finansieringsformen har påverkat utfallet på vården för patienten och om det (som i Obesitasregistret) går att se skillnader på vilken indikation som till exempel föranleder en operation. Det kan också bidra med kunskap om vilken påverkan indikationsgränserna i sig har på utfallet av vården.

### **13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget och ser att det är positivt om det kan bidra till ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter. Det gäller till exempel kunskap om vilka socioekonomiska grupper i samhället som har tillgång till arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle däremot inte ge kunskap om till vad och på vilket sätt personerna faktiskt nyttjar sin försäkring, och hur deras vårdkonsumtion ser ut, men (samkörning med) uppgift om finansieringsform i patientregistret möjliggör sådan kunskap.

Vi hade även önskat ett bredare resonemang om förmånsbeskattningen och rimligheten i hur stor andel av tjänsterna inom sjukvårdsförsäkringarna som är undantagen den.

### **13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård**

Vi delar utredningens bedömning att det är lämpligare att väntetidsdata för privatfinansierad vård rapporteras in till en annan aktör än SKR. Vår bedömning är att det är lämpligare att Socialstyrelsen samlar in väntetidsstatistik och att den även bör innefatta privatfinansierad vård. För att få mer kunskap om risken för undanträngning mellan privat och offentligt finansierad vård är det viktigt att även väntetider följs upp utifrån den uppdelningen. Det är ett argument för att även inkludera väntetider i Socialstyrelsens hälsodataregister.

### **13.11 Regionernas hantering av bisysslor**

Utredningens analys tyder på att det finns brister i regionernas hantering av anställdas bisysslor och i hur arbetsgivaransvaret uppfylls när det gäller att förbjuda förtroendeskadliga bisysslor. Som utredningen påpekar kan sådana brister i regelefterlevnaden riskera att skada förtroendet för den offentliga sjukvården. Utredningen föreslår att SKR bör ta fram riktlinjer och utbildningsmaterial på området. Men SKR är en privat intresse- och arbetsgivarorganisation. Det kan behöva övervägas och analyseras ytterligare om några åtgärder behöver vidtas från statligt håll för att skapa större tydlighet i regelverket.

### **14.1 Uppföljning av utredningens förslag**

Vård- och omsorgsanalys tillstyrker förslaget med vissa kommentarer. Vi ser att myndigheten kan bidra till att följa upp utredningens förslag. En central del handlar om att vi själva kan bidra med nya analyser och kunskap på området, till exempel utifrån förslaget om nya uppgifter om finansiering i patientregistret. Som utredningen betonar är det också angeläget att vi då har det stöd för att behandla personuppgifter som möjliggör analys av data på individnivå (se vårt remissyttrande 3604/208 över betänkandet *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* SOU 2018:52, S2018/03893/FS).

Utredningen poängterar att uppdraget till oss bör lämnas snarast, och att uppföljningen bör innehålla en analys av om det finns behov av ytterligare åtgärder för att säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider eller andra frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. En sådan analys påverkas samtidigt av tillgänglig kunskap på området.

Vissa delar av uppdraget kan vi påbörja och planera för i närtid. Men för att kunna bidra med ny kunskap inom vissa (centrala) områden är det samtidigt viktigt att det finns förutsättningar för det – till exempel i form av dataunderlag.

I kapitel 15 föreslår utredningen att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023 men att förordningsändringarna kan träda i kraft tidigare än så – ”så snart det är möjligt”. Utredningen skriver att vad gäller förslaget om patientregistret och att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen har Socialstyrelsen bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete. Förordningsändringar kräver förberedelsearbete i form av tekniska förändringar men också i form av information till de aktörer som berörs av ändringarna. Hur lång tid det i praktiken skulle ta att införa förändringen och att ha data av tillräckligt god kvalitet på plats är svårt att bedöma. Rimligen innebär det att till exempel uppgifter i patientregistret inte finns tillgängliga förrän tidigast år 2023 eller 2024 (om man vill analysera helårsdata och ha en baslinje för jämförelse över tid). Möjligheten att rapportera resultat i de delarna förväntas därför dröja ett antal år, och ett uppdrag till oss bör även ta hänsyn till det, så att vår slutrapportering sker utifrån att vi eller forskare har haft möjlighet att analysera ny data. Det är även viktigt att ett uppdrag till oss åtföljs av finansiering.

---

Beslut om detta yttrande har fattats av chefsjurist Catarina Eklundh Ahlgren. I den slutliga handläggningen har analyschefen Caroline Olgart Höglund, projektdirektören Nils Janlöv, juristen Eva Bucksch och utredare Kajsa Hanspers deltagit. Utredare Ida Nyström har varit föredragande.