**Diarienummer S2021/06996**

**Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll, SOU 2021:80**

**Remissvar från VERDANDI – arbetarnas socialpolitiska organisation**

**Allmänna utgångspunkter**

Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att vård ska ges ”på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Trots detta tar hundratals vårdgivare emot olika patientgrupper på olika villkor. Enligt utredningen ”Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar” är det mer än 690 000 personer med privat sjukvårdsförsäkring som går före andra medborgare till dessa kliniker.

Hälso- och sjukvårdslagens prioriteringar som ska gälla inom vården är tydliga: ”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.”

Privata sjukvårdsförsäkringar – vars syfte är att patienter som betalar för en försäkring ska få förtur och/eller bättre vård jämfört med andra – står i motsättning till denna prioritering. Verdandi välkomnar därför att regeringen tillsatt denna utredning. För oss är de viktigaste frågorna att besvara dessa: Går privata sjukvårdsförsäkringar att förena med grundläggande principer i hälso- och sjukvårdslagen, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården? Finns en risk att försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården? Och hur kan vi i så fall stoppa utvecklingen mot ett mer orättvist och ojämlikt sätt att organisera vården?

Verdandi anser att det är en stor risk att mer av privata sjukförsäkringar leder till att skatteviljan sjunker – de som skaffat sig en gräddfil vill knappast betala två gånger, både via skatten och via sin försäkring.

Ett system med mer av privata sjukvårdsförsäkringar är också ett dyrare och mer orättvist sätt att organisera vården på. Det är därför enligt Verdandi nödvändigt att nu sätta stopp för en utveckling som – om den fortgår – riskerar att leda till att människor med behov av sjukvård förvägras denna på grund av att mer kapitalstarka patienter går före i kön.

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar förändrar gradvis vårt sätt att se på sjukvård – från en mänsklig rättighet på lika villkor för alla medborgare till en vara som vilken som helst i en marknadsekonomi. Den snabba framväxten av sjukvårdsförsäkringar raserar den svenska gemensamma sjukvårdsmodellen.

Verdandi vill sätta stopp för utvecklingen där principen om vård efter plånbok alltmer kommer att ersätta den svenska principen om vård efter behov.

**Utredningen i korthet**

I direktiven till denna utredning uttalar regeringen att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts. Utredningen ska

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

– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar

– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso-och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

Utredaren anser att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Enligt utredningen bör staten ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort om vad som gäller.

Regionerna bör ges möjlighet men också skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare. Syftet ska vara att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Regionerna behöver kontrollera att de privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter följer bestämmelserna om en jämlik vård, en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

Utifrån dessa slutsatser lämnar utredningen författningsförslag som innebär begränsningar av när hälso- och sjukvården får finansieras privat. Vidare lämnar utredningen författningsförslag som innebär att regionerna ska vara skyldiga att i avtalen med de privata vårdgivarna reglera att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas av en privat vårdgivares övriga uppdrag.

Övergripande syfte med förslagen är att öka kunskapen och kontrollen över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar för att säkerställa en god och patientsäker vård. Därigenom kan även förtroendet och tilliten för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas.

I utredningen beskrivs vad som kan strida mot den etiska plattformen och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (den så kallade behovs-solidaritetsprincipen).

Utredningen lyfter fram att privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen inte följs, till exempel på så sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården. Detta kan leda till patientsäkerhetsrisker i form av vårdskada på grund av utebliven eller sen vård. Vidare kan det leda till att förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället rubbas.

Det saknas en nationell infrastruktur med information om bland annat hur mycket hälso- och sjukvård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas via sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar samt hur många och vilka patienter som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar. Avsaknaden av officiella data har medfört svårigheter för utredningen att beskriva hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar. Det har även varit svårt att få fram fakta för att beskriva försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Bristen på data innebär även hinder för regionerna i deras uppföljning av avtalen med de privata vårdgivarna och för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i sin tillsyn över hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Det finns inte några offentligrättsliga regler som särskilt reglerar privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas till exempel regler om finansieringen av hälso- och sjukvården, vårdgivarens skyldigheter vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare, IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar samt data om privata sjukvårdsförsäkringar.

Bestämmelserna om att det medicinska behovet ska styra gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad vård. En av dessa bestämmelser innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta gäller således även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Regionernas hantering av bisysslor kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort. När hälso- och sjukvårdspersonal utför vård som finansieras via försäkringar kan det få påverkan på vården, bland annat eftersom vårdens personalresurser är begränsade. En offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonal kan utföra försäkringsvård som ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare. Sådana sidouppdrag faller under reglerna om bisysslor som regionen som arbetsgivare har ansvar att följa. Utredningen har tagit del av flera granskningar som visar på en bristande efterlevnad av uppföljningen. Den bristande efterlevnaden kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Verdandi instämmer i allt väsentligt i utredningens beskrivning av dagens verklighet och vilka risker som finns med att privata sjukvårdsförsäkringar tillåts öka i antal. Vi ser framväxten av allt fler privata försäkringar som ett hot mot den solidariska och generella sjukvård som byggts upp av generationer.

**Några av utredningens förslag och Verdandis kommentarer**

1. Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas regler om hur hälso- och sjukvården får finansieras. Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Motsvarande ska gälla för den vård som utförs på uppdrag av regionen. Förslaget innebär att regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, inte kan finansiera hälso- och sjukvården med privata medel till exempel via en privat sjukvårdsförsäkring.

Verdandi välkomnar förslaget. Om förslaget blir verklighet kommer det bli svårare att sälja privata sjukvårdsförsäkringar med argumentet att dessa ger snabbare eller bättre vård inom det allmänna sjukvårdssystemet.

1. Utredningen föreslår att regionernas krav på privata vårdgivare skärps. Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet framgår hur det säkerställs att inte vårdgivarens offentligfinansierade uppdrag påverkas negativt. Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas regler som ger nya verktyg för regionerna i egenskap av huvudmän att ta sitt ansvar för när vården utförs av en privat vårdgivare som även har andra uppdragsgivare, till exempel ett försäkringsbolag. Det föreslås en skyldighet för regionerna att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna.

Förslaget innebär att om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det i avtalet mellan vårdgivaren och regionen framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över till vårdgivaren att utföra.

Verdandi välkomnar förslaget. Om förslaget blir verklighet kommer transparensen öka samtidigt som det blir svårare att frångå hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om vård efter behov.

1. Utredningen föreslår att staten ska ta ett ökat ansvar. Dels genom att IVO ges bättre förutsättningar att utöva tillsyn över frågor som rör försäkringsfinansierad vård, dels genom att staten ska möjliggöra tillgång till data och ökad kunskap om effekterna av sjukvårdsförsäkringarna. Det handlar om krav på en utökad rapportering och redovisning av uppgifter som kan användas av myndigheter, forskare, allmänhet och andra aktörer.

Verdandi välkomnar förslaget. Det är en stor brist i dagens system att IVO inte har möjlighet att fullt ut fylla sitt uppdrag gentemot privata vårdgivare.

1. Vårdgivarna ska rapportera uppgift om finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister, utöver de uppgifter som redan idag ska rapporteras till registret.

Verdandi välkomnar förslaget. Öppenhet och transparens om olika finansieringsformer är nödvändig för att komma tillrätta med orättvisor inom systemet.

1. Utredningen rekommenderar SKR att ta fram riktlinjer för hanteringen av bisysslor med särskilt fokus på hälso- och sjukvården samt utbildningsmaterial för de personer i regionerna som arbetar med bedömning av bisysslor inom hälso- och sjukvården.

Verdandi välkomnar förslaget. Idag kan bisysslor bland sjukvårdens anställda innebära att deras kunskap, erfarenhet och arbetstid tas tillvara för att ge vård åt privata försäkringspatienter istället för att vård ges efter behov.

1. Utredningen föreslår att en beredskap byggs upp för att inom en nära framtid kunna vidta ytterligare åtgärder som kan bedömas motiverade. Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Utredningens förslag ska således betraktas som ett första steg i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Vi i Verdandi delar utredningens bedömning att utredningens förslag sannolikt snart är otillräckliga.

Vi anser också att en ny stopplag – i likhet med den som infördes av den socialdemokratiska regeringen 2006 men som togs bort av alliansregeringen 2007 – behövs för att förhindra regionerna från att själva sluta avtal med försäkringsbolag eller med privata vårdgivare som samarbetar med försäkringsbolagen.

Verdandi anser att utredningens förslag att författningsförändringarna träder i kraft den 1 januari 2023 är acceptabelt.

För VERDANDI – arbetarnas socialpolitiska organisation

Emmeli Wulfstrand, ordförande