

Socialdepartementet

Dnr S2021/06996

Yttrande

Stockholm 2022-01-31

SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Svensk Försäkring tackar för möjligheten att lämna synpunkter på rubricerat betänkande. Vi lämnar inledningsvis övergripande synpunkter på utredningens arbete och dess huvudsakliga slutsatser. I övrigt begränsar sig vårt yttrande till de förslag, rekommendationer och bedömningar som berör försäkring. Vi avslutar med försäkringsbranschens reflektioner kring sjukvårdsförsäkringen och hur framväxten av den skulle kunna ske i samverkan med privata vårdgivare och den offentligfinansierade vården.

Övergripande synpunkter

Privata sjukvårdsförsäkringar och deras förhållande till den offentligfinansierade vården har under många år varit uppe till diskussion i den allmänna debatten. Även regeringen har engagerat sig i frågan. År 2020 gav regeringen myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att utreda förekomsten av undanträngningseffekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. Trots att myndigheten inte kunde påvisa några undanträngningseffekter tillsatte regeringen 2020 en utredning med uppdrag att beskriva de undanträngningseffekter, eller risker för sådana, som privata sjukvårdsförsäkringar leder till.

Utredningen har valt att utgå från en juridisk ansats. Svensk Försäkring anser att det har varit en klok strategi för att undvika spekulativa resonemang kring hur olika intressen *upplever* att vården fungerar.

I betänkandet beskrivs på ett utförligt sätt att det finns olika vägar till vård i Sverige och hur de olika vägarna skiljer sig åt vad gäller huvudmannaskap, finansiering och utförande. Av betänkandet framgår tydligt att hela vårdkedjan inom sjukvårdsförsäkringen sker utanför den offentlig finansierade vården och i sin helhet utförs av privata vårdgivare. Det förekommer således inte att patienter med sjukvårdsförsäkring får snabbare tillgång till vård eller bättre vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar såsom det uttrycks i utredningens direktiv. Inte heller förekommer att den vård som ges inom försäkringen finansieras med skattemedel, dvs. av den offentligfinansierade vården. Den vård som utförs inom sjukvårdsförsäkringen

finansieras i sin helhet med försäkringspremier och sker *utöver* den vård som sker inom ramen för den offentligfinansiella vården.

Utredningen har inte kunnat finna belägg för att det skulle ske någon undanträngning av offentligfinansierade patienter hos privata vårdgivare. Tvärtom tycks regionerna vara nöjda med den sjukvård som handlas upp av privata vårdgivare.

Slutligen konstaterar utredningen att så länge den som har det största behovet av sjukvård ges företräde till vården kan utredningen inte finna att det skulle strida mot behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen att det föreligger olika väntetidskrav i olika avtal. Olika väntetider kan inte jämföras med förtur.

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

Trots att utredningen inte har kunnat finna belägg för att det finns problem med undanträngning av regionpatienter eller problem med medicinska prioriteringar och regionerna tycks nöjda med de uppdrag som de lägger ut på privata vårdgivare väljer utredningen att lämna ett förslag om att föra in nya krav i hälso- och sjukvårdslagen. Kravet innebär att det av avtalet mellan en region och en privat vårdgivare ska framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppdrag som regionen har överlämnat. Exakt vilka avtalsvillkor som regioner ska ställa framgår inte av lagtexten.

Det är inte alldeles okomplicerat för en region att formulera denna typ av krav. Till det kommer att det inte går att komma ifrån att synen på sjukvårdsförsäkringar är starkt politiserad. Det kan därför finnas en risk för att förslaget leder till ett godtycke när det gäller regionernas relation till privata vårdgivare, till exempel hur en privat vårdgivare använder sin överkapacitet i fråga om lokaler och personal. Det riskerar i sin tur att leda till ineffektivitet i nyttjandet av vårdgivarnas resurser, vilket drabbar inte enbart försäkringsbolagen och deras kunder utan även den offentligfinansierade vården.

Det finns ingenting som i dag förhindrar regionerna att tydligare reglera sina uppdrag och förstärka sin uppföljning av den regionfinansierade vård som utförs av privata vårdgivare. Det är dessutom tveksamt om utredningens förslag är förenligt med upphandlingsrätten. Med hänsyn till reglerna om uteslutning av leverantörer inom offentlig upphandling är det inte möjligt att utesluta privata vårdgivare från upphandling av offentligt finansierad vård på den grunden att vårdgivaren även tar emot patienter med sjukvårdsförsäkring.

Att på detta och liknande sätt söka begränsa privata vårdgivare att ta emot patienter från såväl regionerna som försäkringsbolag riskerar att leda till en tudelad vård där vissa vårdgivare verkar gentemot regionerna medan andra vårdgivare enbart bedriver försäkringsfinansierad vård. Det riskerar sin tur att leda till lägre resurseffektivitet och ett totalt sett lägre utbud av vårdtjänster då framför allt små vårdgivare kan få svårt att dela upp sin verksamhet i två delar.

Slutligen, den vård som privata vårdgivare i dag erbjuder till både regioner och försäkringsbolag är likvärdig och håller samma kvalitet. Det ger såväl regioner som försäkringsbolag en trygghet i lika behandling. Om vårdgivare tvingas bedriva verksamheten i två olika enheter riskerar det att leda till att den vård som ges inte håller samma kvalitet.

Mot den bakgrunden avstyrker Svensk Försäkring förslaget.

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret

Utredningen lyfter fram att det saknas kunskap om hur vanligt det är att hälso- och sjukvård betalas med sjukvårdsförsäkring, vilken typ av vård som betalas via försäkring och utnyttjandet av försäkringen. En sådan insamling skulle även göra det möjligt att öka kunskapen om försäkringstagarnas utnyttjande av socialförsäkringsförmåner i relation till icke privatförsäkrade gruppers utnyttjande. Mot den bakgrunden föreslås att behandlingar i patientregistret även ska avse uppgifter om finansieringsform för vården.

Svensk Försäkring instämmer i att det finns ett behov av ökad kunskap och att det finns data som underlag för forskning. Svensk Försäkring samlar i dag årligen in uppgifter om antal försäkringar och premieintäkter från försäkringsgivare som är medlemmar i Svensk Försäkring. Denna statistik publiceras på Svensk Försäkrings hemsida och är tillgänglig för alla. Det saknas dock uppgifter om vilka insatser som utförs. Svensk Försäkring avser därför att under våren 2022 påbörja en insamling av statistik över de vanligaste behandlingsformerna inom sjukvårdsförsäkringen.

Svensk Försäkring tillstyrker förslaget.

14.2 Framtida utredningsfrågor

Utredningen konstaterar att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade och att bristen på tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget rörande försäkringen.

Svensk Försäkring vill särskilt framhålla att utredningen inte har kunnat påvisa några problem vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar som motiverar ytterligare reglering. För patientens säkerhet och trygghet finns redan i dag regler om klagomålshantering som alla försäkringsbolag måste följa. I det ligger bland annat att hanteringen av klagomål ska vara effektiv och klagomålen ska besvaras snarast möjligt. Om patienten inte är nöjd med hanteringen kan denne gå vidare till en nämnd utanför försäkringsbolaget; Patientskadenämnden, eller till domstol. Synpunkter som rör avtalsvillkor mellan försäkringstagare och försäkringsbolag kan fångas upp av Finansinspektionen och Konsumenternas Försäkringsbyrå. Enligt den senare är klagomålen på privat sjukvårdsförsäkring mycket få.

Vidare förs i betänkandet ett resonemang om att införa olika typer av begränsningar och förbud av vad privata sjukvårdsförsäkringar får innehålla. Tyvärr indikerar den typen av resonemang en mycket förenklad syn på den roll som sjukvårdsförsäkringen fyller för arbetsgivare och enskilda. För försäkringsföretagen

är det viktigt med en helhetssyn utifrån syftet att främja hälsa och arbetsförmåga och det inkluderar såväl förebyggande som rehabiliterande insatser. Att avgränsa vilka tjänster som får ingå i en sjukvårdsförsäkring skulle ur det perspektivet vara mycket olyckligt. Det gäller inte minst då det tyvärr finns många oklarheter vad gäller den offentligfinansierade vården, närmare bestämt vilka insatser som ingår och hur lång väntetiden är.

Avslutande kommentar

Svensk sjukvård har lidit av långa köer och bristande tillgänglighet i årtionden, långt innan sjukvårdsförsäkringar blev mer vanliga i mitten av 2000-talet. Det är i den här miljön som privata sjukvårdsförsäkringar har vuxit fram. Ur ett arbetsgivarperspektiv har det därutöver skett en lång rad regelförändringar över tid som påverkar företagets kostnader för sjukfrånvaro och bidragit till att öka efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Vid sidan av direkta kostnader för sjukfrånvaron i form av sjuklönekostnader har arbetsgivare även indirekta kostnader i samband med sjukfrånvaro i form av produktionsbortfall. Det finns också personer med nyckelkompetens som är svåra att undvara under en längre tid.

Svenskt Näringsliv genomförde under våren 2021 en enkätundersökning riktad till 3 000 medlemsföretag om de viktigaste skälen till att försäkringen tecknas för de anställda. Det viktigaste skälet uppgavs vara att försäkringen förkortar tiden i sjukskrivning, tätt följt av vikten av att den upplevs minska risken för sjukskrivning. Det gäller för alla typer och storlek på företag. Minst viktigt var att försäkringen efterfrågas av de anställda.

För många medborgare och skattebetalare är det i dag högst oklart vilka behandlingar som ingår i det offentliga åtagandet och när en behandling kan komma att utföras. Vid sidan av dagens långa väntetider till vissa insatser inom den offentligfinansierade vården är det väl känt att både väntetider och vårdgarantins efterlevnad inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården skiljer sig åt mellan olika regioner och ibland till och med mellan olika verksamheter inom en region.

Denna situation skiljer sig på ett markant sätt från de avtalsvillkor som gäller för privata sjukvårdsförsäkringar där den försäkrade har rätt till vård inom en viss tid, vanligen 7 dagar för specialistbesök. Det gäller oavsett var i landet den försäkrade är bosatt. Om försäkringsbolaget inte uppfyller detta utgår det en kompensation till den försäkrade, vanligen 1 000 kronor per dag.

Oklarheten över vad som ingår och när inom den offentligfinansierade vården innebär att det finns en risk för att välfärdsförluster uppstår. Medborgarna kan ha haft både vilja och ekonomisk möjlighet att finansiera tjänster som de trodde omfattades av det offentliga åtagandet, men som sedan visar sig inte göra det.

Utredningen berör även hur efterfrågan på sjukvårdsförsäkring påverkar viljan att betala skatt. Farhågan ligger i att skattebetalningsviljan riskerar att urholkas i och med framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen konstaterar här att det inte har gått att se att viljan att bidra till det skattefinansierade systemet har

minskat i takt med att antalet sjukvårdsförsäkringar har ökat. Vidare konstateras att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att medborgarna känner tillit och förtroende för systemet. Det har i tidigare analyser även uttryckts att viljan att betala skatt till och med kan öka om medborgare upplever att det sammanlagda vårdbehovet är individanpassat när de kan komplettera med privat finansierad hälso- och sjukvård.¹

Slutligen, utredningens direktiv har varit hårt politiskt styrda utan utrymme för att på ett allsidigt sätt undersöka privata sjukvårdsförsäkringars betydelse och effekter för samhället, vården och patienter. Ett bredare uppdrag hade gett utredningen möjlighet att även analysera på vilka sätt den försäkringsfinansierade vården bidrar, och i framtiden skulle kunna bidra, till att fler patienter totalt sett får vård snabbare och vilka positiva effekter det skulle kunna ge för den offentlig-finansierade vården och samhället i stort.

Framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna ske i mer organiserade former i samspel med den offentligfinansierade vården där privata sjukvårdsförsäkringar i högre utsträckning än i dag hanterar insatser inom exempelvis inom fysioterapi och psykologi. Inom socialförsäkringen och pensionssystemet är det i dag självklart med tydliga avgränsningar för det offentliga åtagandet och kompletterande privata lösningar, kollektivavtalade eller individuella. Denna ansats saknas helt i de diskussioner som förs om framtidens hälso- och sjukvård.

Genom ett utökat samarbete mellan den offentligt och privat finansierade vården skulle den förra även ges möjlighet att ta del av den innovativa kraft som den konkurrensutsatta privat finansierade vården bidrar med. Det finns flera exempel på hur privata försäkringsbolag i samarbete med privata vårdgivare har tagit fram innovativa lösningar. Inte minst gäller det på området digital vård inom exempelvis psykologi och rehabilitering. Försäkringsbranschen delar gärna med sig av och diskuterar erfarenheter och effektiviseringsmöjligheter inom vården tillsammans med privata vårdgivare och företrädare för den offentligfinansierade vården.

Svensk Försäkring

Magnus Vesterlund

¹ Privata sjukvårdsförsäkringar s. 72 f (2020), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.