

# Lagrådsremiss

## Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

---

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 2 mars 2017

*Ylva Johansson*

*Lars Hedengran*  
(Socialdepartementet)

### Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Lagrådsremissen innehåller förslag som syftar till att förtydliga att det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får ges hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. När ett landsting överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska avtalet innehålla villkor om detta.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 augusti 2017.

## Innehållsförteckning

1	Beslut .....	4
2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	5
3	Ärendet och dess beredning .....	6
4	Inledning .....	6
5	Gällande ordning.....	7
5.1	Grundläggande om hälso- och sjukvården .....	7
5.2	Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården .....	8
5.3	Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till någon annan (med offentlig finansiering) .....	9
5.4	Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.....	9
5.5	Kontroll av privata vårdgivare.....	11
5.6	Tillsyn över hälso- och sjukvården.....	11
6	En god hälsa och en vård på lika villkor .....	11
6.1	Den etiska plattformen .....	11
6.2	Socialstyrelsens riktlinjer om god vård .....	12
6.3	Jämlik vård .....	13
7	Hälso- och sjukvårdens finansiering .....	14
7.1	Allmänt om sjukvårdens finansiering.....	14
7.2	Avgifter inom hälso- och sjukvården .....	14
7.3	Privata sjukvårdsförsäkringar .....	15
7.4	Övrig finansiering .....	16
7.5	Tidigare reglering och pågående utredning om offentlig finansiering av privat utförd hälso- och sjukvård .....	17
7.6	Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster .....	18
8	De privata sjukvårdsförsäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet .....	18
9	Överväganden och förslag .....	20
9.1	Vård efter behov och på lika villkor.....	20
9.2	Förslagets förenlighet med unionsrätten.....	25
9.3	Behov av uppföljning och kontroll.....	27
10	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	29
11	Konsekvenser.....	30
11.1	Allmänt om förslagets konsekvenser samt alternativa lösningar .....	30
11.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	30
11.3	Ekonomiska konsekvenser .....	31
11.4	Konsekvenser för företag .....	32
11.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	33
12	Författningskommentar .....	33

Bilaga 1	Sammanfattning av departementspromemorian Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Ds 2016:29).....	35
Bilaga 2	Lagförslag i departementspromemorian Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Ds 2016:29).....	36
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser .....	38

# 1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

## 2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 15 kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 3 kap. 3 §, av följande lydelse.

*Lydelse enligt SFS 2017:30*

*Föreslagen lydelse*

### **3 kap.**

#### **3 §**

*Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts.*

### **15 kap.**

#### **1 §**

Landsting och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Landsting och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. *Avtal som ett landsting ingår ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt 3 kap. 3 §.* En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 augusti 2017.
  2. Bestämmelsen i 3 kap. 3 § tillämpas även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.
  3. För avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet gäller 15 kap. 1 § i den äldre lydelsen. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet gäller 15 kap. 1 § i den nya lydelsen.

### 3 Ärendet och dess beredning

I oktober 2014 ingick regeringen och Vänsterpartiet en överenskommelse om en välfärd utan vinstintresse. Vid Socialdepartementet har det utarbetats en departementspromemoria om den del i överenskommelsen som handlar om att privata försäkringspatienter inte ska kunna gå förbi i kön till den offentligfinansierade vården, Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Ds 2016:29). En sammanfattning av promemorian finns i *bilaga 1*. Promemorians lagförslag finns i *bilaga 2*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2016/05391/FS).

### 4 Inledning

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

Uppföljningar av hälso- och sjukvården visar dock att det, i flera avseenden, finns brister i jämlikheten. Ett problem är t.ex. att tillgången till vårdinsatser påverkas av socioekonomiska förhållanden såsom skillnader mellan utbildnings- och inkomstnivåer samt av patientens kön. Detta avspeglar sig bland annat i den återstående medellivslängden i olika grupper. Medellivslängden var år 2015 sex år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med dem som enbart hade förgymnasial utbildning (Öppna jämförelser 2016 – En god vård? Socialstyrelsen, 2017). Hälsoskillnader innebär i sin tur olika behov av både vård och preventiva åtgärder.

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

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

Vårdsystemets resurser och insatser ska som tidigare nämnts fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller gruppers betalningsförmåga. Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar att leda till att principen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en rangordning som

tar hänsyn till patientens försäkringsöverenskommelse. I regeringsförklaringen 2014 aviserades därför att principen att vård ska fördelas efter behov ska hävdas. Privata försäkringspatienter ska inte gå förbi vårdkö.

Regeringen har tagit flera initiativ som syftar till att reglera att de aktörer som verkar i välfärden har verksamheten och inte vinstintresset som främsta drivkraft. Den 5 mars 2015 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen lämnade i november 2016 delbetänkandet Ordning och reda i välfärden (SOU 2016:78). Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S 2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare (dir. 2015:92). Den 3 oktober 2016 överlämnade utredningen betänkandet Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:62). Betänkandet är under beredning i Regeringskansliet.

Regeringen har vidare i propositionen Stärkt meddelarskydd för privatanställda i offentligt finansierad verksamhet (prop. 2016/17:31) föreslagit att anställda, uppdragstagare och andra som på liknande grund deltar i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom skola, vård och omsorg, som till någon del är offentligt finansierad, ska ha motsvarande rätt som offentligt anställda att lämna uppgifter om verksamheten för publicering i medier som omfattas av tryckfrihetsförordningen eller yttrandefrihetsgrundlagen. Riksdagen har ställt sig bakom förslaget (bet. 2016/17:KU7, rskr. 2016/17:146).

Ovanstående initiativ och förslagen i denna lagrådsremiss bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om en välfärd utan vinstintresse.

## 5 Gällande ordning

### 5.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Enligt 2 § HSL är målet för

hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

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

Den 1 april 2017 träder den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). Nyssnämnda bestämmelser i HSL förs över till den nya lagen utan några ändringar i sak (se 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 § respektive 5 kap. 1 §). Den nya hälso- och sjukvårdslagen förkortas nedan nya HSL.

## 5.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL, jfr 8 kap. 1 § nya HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL, jfr 8 kap. 2 § nya HSL). Landstingen ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting (9 kap. 1 §). Av 4 § andra stycket HSL (8 kap. 3 § nya HSL) följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

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



ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL). Motsvarande bestämmelser finns i 12 kap. 1–3 §§ och 16 kap. 1 § nya HSL.

### 5.3 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till någon annan (med offentlig finansiering)

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

Av 12 kap. 4 § regeringsformen framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900). I HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket HSL, jfr 15 kap. 1 § nya HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av den nämnda bestämmelsen. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framför allt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

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

När ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat vårdgivare är däremot landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning.

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

### 5.4 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Större delen av hälso- och sjukvården i Sverige är finansierad med offentliga medel och bedrivs under landstingens ansvar medan en mycket liten andel är helt privat finansierad. Samtidigt finns det en betydande andel privata vårdgivare som bedriver vård genom avtal med landstingen och vars verksamhet därmed baseras på finansiering med offentliga medel. Denna andel varierar över landet men är till övervägande del öppenvård.

Under 2015 uppgick landstingens nettokostnader för verksamhet inom området hälso- och sjukvård till 218 miljarder kronor. Landstingen köpte verksamhet inom hälso- och sjukvård för omkring 23 procent av nettokostnaden eller cirka 49,5 miljarder kronor. År 2006 köpte landstingen verksamhet för omkring 18 procent av nettokostnaden. Med köp av verksamhet avses landstingens och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner.

Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av nettokostnaden 2015. Köpen från offentliga utförare ökade från 7,5 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag (Köp av verksamhet 2015, Sveriges Kommuner och Landsting – Kommuner, landsting och regioner 2006–2015, 2016).

Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande Krav på privata aktörer i välfärden (SOU 2015:7, s. 127) anges att det i dag dock inte är möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret, som innehåller uppgifter om verksamheter som utför hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om verksamhet som bedrivs av såväl offentliga som privata utförare. Registret är, enligt nämnda betänkande, inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret bedöms täcka ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet. Det bör understrykas att registret baseras på verksamheter och inte unika privata utförare.

Enligt en kartläggning som utredningen Ökad insyn i välfärden gjort (SOU 2016:2 s. 116–118) var 22 208 verksamheter registrerade den 1 april 2016. Av dessa var 18 391 privata verksamheter. Av registret framgår vidare att 10 182 verksamheter utfördes av bolag, 6 493 av enskilda firmor, 1 552 av övriga privata utförare och 164 av föreningar. Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) officiella statistik var antalet unika privata utförare inom landstingen år 2014 cirka 3 600.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tio största aktörerna för cirka 61 procent av landstingens totala köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Branschen dominerades av tre stora koncerner som svarade för 51 procent av de totala köpen. De tre största koncernerna på sjukvårdsmarknaden var Capio AB, Praktikertjänst AB och Aleris AB, enligt vad som anges i nämnda utredning.

De övriga cirka 3 590 privata utförarna svarade således för 39 procent av landstingens totala köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Dessa utförare varierade i driftsform och drev sin verksamhet som enskilda näringsidkare i form av enkla bolag, handelsbolag, ekonomiska eller ideella föreningar, registrerade trossamfund, stiftelser och fonder eller aktiebolag.

## 5.5 Kontroll av privata vårdgivare

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

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata vårdgivare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (19 b § samma kapitel).

## 5.6 Tillsyn över hälso- och sjukvården

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

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

## 6 En god hälsa och en vård på lika villkor

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.

### 6.1 Den etiska plattformen

I HSL lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården (prop.

1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa HSL:s grundtema och mål, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Riktlinjerna och plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och på administrativ nivå samt i den kliniska vardagen inom vården. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

- Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna ligger till grund för bestämmelserna i 2 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Likalydande bestämmelser finns i 3 kap. 1 § andra stycket nya HSL.

Kostnadseffektivitetsprincipen, som har lagfästs i 28 § HSL (jfr 4 kap. 1 § nya HSL), är underordnad de båda andra principerna (prop. 1996/97:60 s. 21). Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

I förarbetena ges exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bl.a. att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet.

Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på.

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

## 6.2 Socialstyrelsens riktlinjer om god vård

God vård är ett samlingsbegrepp som lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Begreppet redogör för vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för god vård. Dessa områden är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård

- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Socialstyrelsen har tagit fram en samlad uppsättning nationella indikatorer för god vård som används för återkommande öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsens rapport Nationella indikatorer för God vård, 2009).

## 6.3 Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bl.a. bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelse-land, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Av HSL följer att en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor ska prioritera dem som har störst behov av vård. Jämlik vård har direkt koppling till den etiska plattformen och de tre principer som slagits fast av riksdagen i syfte att vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

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

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

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

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

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

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

Att komma till rätta med ojämna villkor för hälsa och sjukvård är en prioriterad fråga för regeringen. Ett antal initiativ har tagits när det gäller att uppnå en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. Som exempel

kan arbetet som utförs på områdena cancer, psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar nämnas, liksom insatser för att utveckla kunskapsstöd och styrning med kunskap.

## 7 Hälso- och sjukvårdens finansiering

### 7.1 Allmänt om sjukvårdens finansiering

Den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter.

Hälso- och sjukvården finansieras främst genom landstingsskatten (cirka 70 procent), men också via generella och specialdestinerade statsbidrag till landstingen (cirka 20 procent). Taxor och avgifter står för cirka fyra procent av landstingens intäkter. Landstingen har stor frihet i hur de ska finansiera vården inom respektive landsting. Viss vård finansieras av stat eller kommun men det är landstingen som enligt HSL eller annan reglering, t.ex. lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., är skyldiga att erbjuda vården.

En liten del av vårdtjänsterna finansieras genom sjukvårdsförsäkringar, vilket beräknas utgöra knappt en procent av de totala vårdkostnaderna (Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick, Svensk försäkring 2013).

Privata vårdgivare i Sverige får, med några få undantag, sina huvudsakliga inkomster från offentliga medel. Privata aktörer kan bedriva följande slags hälso- och sjukvårdsverksamhet på uppdrag av ett landsting:

- primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV
- verksamhet som upphandlats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU
- verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

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

### 7.2 Avgifter inom hälso- och sjukvården

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

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

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

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

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

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

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

I den nya hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om avgifter i 17 kap.

### 7.3 Privata sjukvårdsförsäkringar

Enligt Svensk Försäkring erbjuder ett tiotal försäkringsföretag sjukvårdsförsäkringar i dag.

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som den enskilde eller dennes arbetsgivare tecknar hos ett försäkringsbolag och som täcker kostnaden för olika vårdinsatser. Sjukvårdsförsäkringen ger tillgång till privat sjukvård vid sidan av den offentligt finansierade sjukvården. Försäkringen kan även ersätta kostnader uppkomna i samband med vård inom den offentligt finansierade vården, t.ex. patientavgifter.

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

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

- tillgång till sjuksköterskebemannad telefonrådgivning och vårdplanering (dygnet runt eller med vissa begränsningar av öppet-hållandet)
- planerade besök för utredning och behandling samt vissa planerade operationer hos privata vårdgivare
- rehabilitering, t.ex. genom behandling av fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat.

Flera sjukdomar, skador och tillstånd samt viss vård och behandling undantas vanligtvis i försäkringarna, t.ex. akutvård, dialysbehandling, graviditet och förlossning samt smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva fynd. Detta framgår av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) rapport Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling, 2012. I samma rapport anges att försäkringarna vanligtvis är begränsade till patienter i vad som brukar betecknas som arbetsför ålder (16–64 år). Vissa bolag erbjuder möjligheter att förlänga försäkringen till 70 år, 75 år eller utan övre åldersgräns samtidigt som premien ökar med stigande ålder.

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

År 2000 fanns det cirka 100 000 privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. År 2015 hade 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den genomsnittliga årliga ökningen sedan 2000 är cirka 16 procent. De senaste fem åren har sjukvårdsförsäkringarna ökat med 33 procent. Cirka 72 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivarna. Av antalet sysselsatta personer i åldern 15–74 år har i dag var tionde person en sjukvårdsförsäkring som betalas av arbetsgivaren. I dag har cirka sex procent av alla personer i Sverige en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring.

Någon samlad statistik över vilka företag eller individer som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar finns inte. Statistik uppdelad på kön saknas. Enligt den ovannämnda rapporten från SKL antas de privata försäkringarna inte svara för mer än knappt en procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Omfattande och dyra vårdinsatser finansieras av det offentliga.

## 7.4 Övrig finansiering

Landstingen vidtar i dag olika åtgärder som syftar till att avgränsa den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Hit hör utbudsbegränsningar och begränsningar i fråga om vilka behandlingar som ska anses medicinskt motiverade. Genom utbudsbegränsningar av olika slag får patienterna bära en större del av kostnaderna. Det är t.ex. vanligt inom hjälpmedelsområdet. Åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade och således inte anses som en del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får patienterna bekosta själva. Det handlar t.ex. om kosmetiska ingrepp, vissa typer av hälsoundersökningar,



vaccinationer och intyg. Det bör påpekas att det inte finns några enhetliga principer för landstingens utbudsbegränsningar och begränsningar i fråga om icke medicinskt motiverade åtgärder.

Stockholms läns landsting (SLL) beslutade 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. En sådan verksamhet får dock inte inskränka uppdraget som vårdgivaren har från SLL eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Verksamheten får även bara utgöra en mindre del i förhållande till huvuduppdraget från SLL i enlighet med kommunallagen.

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

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

Den 1 januari 2006 infördes bestämmelser i HSL som bl.a. innebär att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan. Överlämnade landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och med uteslutande offentlig finansiering och vårdavgifter (Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300). Bestämmelserna innebär således bl.a. att en entreprenör som drev ett sjukhus för landstingets räkning förhindrades att erbjuda vård åt patienter vars hälso- och sjukvård finansierades av en privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelserna upphävdes av den dåvarande regeringen den 1 juli 2007 (Driftsformer för sjukhus, prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152).

Som nämndes i inledningen beslutade regeringen i mars 2015 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (Välfärdsutredningen). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstår. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Välfärdsutredningen lämnade i november 2016 delbetänkandet Ordning

och reda i välfärden (SOU 2016:78). Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

## 7.6 Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster

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

## 8 De privata sjukvårdsförsäkringarnas påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet

Mot bakgrund av den snabba ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige har SKL låtit göra en kartläggning av de privata sjukvårdsförsäkringarnas omfattning och utveckling, som publicerades i december 2012. I rapporten konstateras att de privata sjukvårdsförsäkringarnas påverkan på och konsekvenser för det gemensamma sjukvårdssystemet är en fråga som diskuteras i många länder.

I en rapport från OECD, som granskat privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder (Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems; OECD 2004), konstateras att privata sjukvårdsförsäkringar är förenade med såväl för- som nackdelar. I länder där försäkringarna har en mer framträdande roll har de bidragit till att tillföra hälso- och sjukvården mer resurser och medfört större valfrihet för konsumenterna. Emellertid har de också medfört utmaningar för principen om vård på lika villkor och också inneburit ökade sjukvårdskostnader i flertalet av dessa länder.

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

I ett diskussionsunderlag från SKL om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering (Kommer vi att ha råd med sjukvården, 2005) framgår att en invändning mot att ökad försäkringsfinansiering skulle ge mer vård är att sådana kompletterande system mer eller mindre alltid konkurrerar om samma knappa resurser. Om det finns brist på t.ex. läkare försvåras läget om en försäkringsfinansierad aktör bygger upp en vårdkapacitet. Även om det inte råder akut brist blir i vart fall kostnaden för den offentliga vården högre om lönerna drivs upp. Avgörande är vad det är som sätter gränsen för vårdens expansion – den offentliga budgeten eller tillgången på vårdresurser. Om vårdgivarna har kapacitet att producera mer vård än vad det offentliga har råd att köpa ger försäkringar ett finansiellt tillskott och mer vård. Om det i stället är brist på personal som sätter gränser för hur mycket vård som kan produceras kan dock inte kompletterande försäkringsfinansiering ge något bidrag.

När det offentliga systemet och försäkringsbolagen använder samma vårdgivare uppfattas detta lätt som ett dubbelt system där försäkringspatienter får en ”gräddfil” till den offentligt finansierade vården. Det finns således en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas, t.ex. om ett sjukhus får högre ersättning för en försäkringspatient än för en vanlig patient kan detta eventuellt leda till längre väntetider för de senare.

London School of Economics and Political Science (LSE) har på uppdrag av EU-kommissionen kartlagt de privata sjukvårdsförsäkringarnas omfattning och den roll de spelar i förhållande till de offentligt finansierade eller reglerade sjukvårdssystemen inom EU. I en rapport från LSE (Private health insurance in the European Union, 2009) framhålls att de privata sjukvårdsförsäkringarnas betydelse i förhållande till de gemensamma hälso- och sjukvårdssystemen i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Följande bedömningar och slutsatser redovisas dock i rapporten.

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

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har publicerat rapporten Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter (Smer 2014:1). Här tangeras

frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, som definieras som en typ av egenfinansiering. Förutsättningarna för med- och egenfinansiering är enligt Smers bedömning en komplex fråga som handlar om den offentliga sjukvårdens uppdrag och hur detta uppdrag och dess avgränsningar påverkar den enskilda patienten. I rådets genomgång och diskussion har man funnit att det inte alltid är tydligt varför och på vilka grunder en hälso- och sjukvårdsinsats erbjuds till egenfinansiering. Egenfinansiering bedöms i princip vara oproblematiskt, förutom när patientnyttan är stor och väldokumenterad och/eller det leder till undanträngningseffekter så att andra patienter drabbas negativt.

## 9 Överväganden och förslag

### 9.1 Vård efter behov och på lika villkor

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

**Promemorians (Ds 2016:29) förslag:** Överensstämmer i sak med regeringens förslag. Regeringen föreslår dock att ändringarna görs i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

**Remissinstanserna:** De allra flesta av remissinstanserna ger uttryckligen sitt stöd för att de grundläggande principerna i HSL inte får åsidosättas. Närmare 70 procent av dem som svarar tillstyrker eller har inga synpunkter.

Av de 20 landsting som lämnat synpunkter tillstyrks förslaget helt eller med vissa synpunkter av tolv stycken, däribland *Uppsala läns landsting* och *Södermanlands län landsting*. Fem landsting avstyrker förslaget, däribland *Stockholms läns landsting* och *Östergötlands läns landsting*.

*Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* är positiva till förslaget, men anser att den föreslagna 2 j § HSL behöver förtydligas samt att landstingens uppföljningsmöjligheter bör förbättras. *Sahlgrenska akademien/Göteborgs universitet*, *Karolinska institutet*, *Lunds universitet* och *Umeå universitet* har inga invändningar alternativt välkomnar förslaget. *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* är positivt till de föreslagna förändringarna i HSL. Smer menar att en utveckling mot en sammanblandning av den offentligt finansierade vården med tjänster som tillhandahålls genom privata sjukvårdsförsäkringar är olycklig och kan komma att drabba den enskilda patienten samt påverka förtroendet för den offentligt finansierade vården menligt. *Handikappförbunden*, *Svenska läkaresällskapet*, *Svensk sjuksköterskeförening*, *TCO* m.fl. remissinstanser stöder förslaget.

Vissa remissinstanser, däribland en del landsting, anser att det inte finns något behov av förslagen eftersom de grundläggande principerna i lagen ska följas också i nuläget och avstyrker därmed förslaget. *Statskontoret*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* och *Vårdförbundet* anser att underlaget brister avseende analys av det faktiska behovet av de föreslagna regleringarna. *Almega*, *Vårdföretagarna* och *Svensk Försäkring* menar att motiveringarna är bristande och delvis baseras på hypotetiska resonemang. Exempelvis *Gävleborgs läns landsting* och *Skåne läns landsting* uttrycker att det saknas data som stöder att offentligt finansierade patienter faktiskt trängs undan.

Samtidigt uttrycker Uppsala läns landsting och *Västernorrlands läns landsting* att om det finns en risk att patienter med en försäkring kan gynnas på bekostnad av andra patienter behövs en tydligare reglering. *Kronobergs läns landsting* uttrycker att det finns en risk att de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården inte blir prioriterade om vårdgivaren får en högre ersättning från försäkringsgivaren att vårda aktuella försäkringspatienter än de får från landsting/regioner för att vårda övriga patienter. *Svensk sjuksköterskeförening (SSF)* instämmer i farhågorna att en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar riskerar att åsidosätta principen om att den med störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till förmån för den som har en privat sjukvårdsförsäkring. *Lunds universitet* lyfter fram en ökad risk för att utbildningsuppdraget på alla nivåer inom ramen för universitetssjukvård kan bli lidande med en ökad grad av vård relaterad till privata försäkringsformer. Lunds universitet menar att det ekonomiska incitamentet för att ta emot studenter eller utbildningsläkare alltid riskerar att vara mindre än den inkomst som försäkrade patienter bidrar med, således ytterligare en undanträngningseffekt med konsekvenser för framtida vårdkvalitet för alla medborgare.

*Sveriges läkarförbund*, *Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)*, *Svenskt Näringsliv*, *Almega*, *Vårdföretagarna* och *Svensk Försäkring* påpekar att fokus bör ligga på vad som orsakar den ökade efterfrågan av privata sjukvårdsförsäkringar, exempelvis bristande tillgänglighet i vården. Bland annat *Vårdföretagarna* och *Svenskt Näringsliv* menar att privata resurser kan hjälpa den offentligt finansierade sjukvården med detta.

En del remissinstanser betonar också de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll som komplement till den offentligt finansierade sjukvården och deras betydelse för samhälle, företag och individ. Arbetsgivarens ansvar för sjukskrivningskostnader och rehabiliteringsansvar är en drivande faktor bakom att arbetsgivaren står för en stor del av de privata sjukvårdsförsäkringarna, menar t.ex. *Praktikertjänst*.

Några remissinstanser, däribland SKL, anser att ”privat” i förtydligande syfte bör läggas till framför ”hälso- och sjukvårdsverksamhet” i promemorians förslag till 2 j § HSL.

Stockholms läns landsting önskar ett förtydligande av om det fortfarande ska vara tillåtet för Stockholm Care AB att ge vård som finansieras av utländska privata sjukvårdsförsäkringar. Även Svenskt Näringsliv anser det oklart om kommunal tjänsteexport omfattas av förslaget.

Stockholms läns landsting anser också att det bör klargöras om ”offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet” avses innefatta verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Svenskt Näringsliv har liknande synpunkter.

Stockholms läns landsting och Svenskt Näringsliv efterlyser vidare ett förtydligande av vad som avses med ”hälso- och sjukvårdsverksamhet”. Remissinstanserna undrar om en vårdgivare som vill bedriva helt privat verksamhet måste lägga denna i en särskild juridisk person för att det ska vara tillåtet enligt regelverket.

## **Skälen för regeringens förslag**

### *Patientens behov ska styras*

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

I den proposition om prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen ställt sig bakom anges att det finns en risk att en patients vilja och förmåga att själv direkt bekosta sin vård kan hamna i konflikt med människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen. I princip bör en patients betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade vården. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. ska därför inte utgöra grund för prioritering (prop. 1996/97:60 s. 26).

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

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

Allmänhetens generella förtroende för offentliga institutioner och leveransen av välfärdstjänster kan sägas ha betydelse för samhällets funktion som helhet. Att regleringen av välfärdssektorn utformas så att förtroendet för sektorn upprätthålls kan påverka viljan att betala skatt men det kan också påverka samhället i stort.

### *Behovet av reglering*

Totalt har knappt 650 000 svenskar i dag en privat sjukvårdsförsäkring ([www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se)). En sjukvårdsförsäkring tecknas i regel för att försäkringstagaren snabbare ska få vård. Den vård som ges inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna utförs av privata vårdgivare. Flera av dessa privata vårdgivare utför även offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det sistnämnda sker genom avtal med landstinget som är huvudman för vården.

Att genom en sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet (t.ex. att gå före kön och snabbare få vård) inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor. Internationella studier och jämförelser visar sammantaget att en ökad privatfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser ökar skillnaderna i hälsa i befolkningen. En sådan utveckling på hälso- och sjukvårdsområdet är inte acceptabel.

Bland remissinstanserna finns ett brett stöd för att människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna i HSL inte får åsidosättas. Flera remissinstanser uttrycker dock att behovet av en reglering enligt promemorians förslag inte är tillräckligt klarlagt och att det saknas en analys av om förekomsten av privata försäkringspatienter inom offentligt finansierad vård verkligen åsidosätter principerna.

Som tidigare nämnts har privata sjukvårdsförsäkringars betydelse i förhållande till det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkar den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. även huruvida innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.

Den internationella utblicken i avsnitt 8 visar dock på flera nackdelar med att offentligt finansierad vård samtidigt hanterar privata sjukvårdsförsäkringspatienter, bl.a. påpekas en risk för att resursfördelningar och prioriteringar påverkas. Om en vårdgivare får högre ersättning från försäkringsgivare för att vårda försäkringspatienter än från landstinget för att vårda övriga patienter, skapas starka incitament att prioritera de förstnämnda. Att det finns sådana risker stöds också av flera remissinstanser.

Det ökade antalet sjukvårdsförsäkringar, som till stor del tecknas för att försäkringstagaren ska få snabbare vård, hotar att bryta den prioriteringsordning efter behov som gäller för hälso- och sjukvården.

Regeringen anser att en reglering är nödvändig för att minimera risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentligt finansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring. En reglering behövs även för att på sikt

kunna bevara tilliten till och förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssystemet i övrigt.

### *Nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen*

Mot bakgrund av det anförda anser regeringen att det i lagstiftningen bör införas en ny bestämmelse med innebörd att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring får ges inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet enbart om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts. Eftersom den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) träder i kraft den 1 april 2017 bör bestämmelsen införas i den lagen. De nämnda principerna uttrycks även i den nya lagen på så sätt att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket nya HSL). Den nya bestämmelsen bör införas som en ny paragraf i samma kapitel (3 kap. 3 §).

Vissa remissinstanser anför att det i bestämmelsen bör anges att den gäller inom offentligt finansierad *privat* hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ett sådant tillägg skulle dock kunna tolkas som att det inom landstingsdriven verksamhet skulle vara tillåtet att ge vård till försäkringspatienter i strid med människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna. Några remissinstanser efterlyser ett förtydligande om att den offentligt drivna vården inte kan ta emot försäkringspatienter som samtidigt omfattas av landstingets skyldighet enligt HSL att erbjuda vård till dem som är bosatta i landstinget. Något sådant uttryckligt förbud finns inte. I praktiken är det dock i dag enbart privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Därför föreslås även ett tillägg i 15 kap. 1 § nya HSL om att de avtal om överlämnande av uppgifter som landstinget sluter med andra vårdgivare ska innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en sjukvårdsförsäkring får ges enbart om principerna i 3 kap. 1 § andra stycket samma lag inte åsidosätts. På så sätt tillförsäkras landstingen möjligheter att agera gentemot vårdgivare som inte iakttar människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna.

Det förekommer att hälso- och sjukvårdsverksamhet är finansierad både av allmänna medel och av privata medel. Det är endast den offentligt finansierade delen av verksamheten som omfattas av förslaget. Enligt regeringens mening bör det vara vårdgivarens ansvar att organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att det blir tydligt vilka delar av den som helt eller delvis är offentligt finansierade.

Ett par remissinstanser önskar förtydliganden kring förslagets tillämplighet på de landstingsägda bolagens tjänsteexport och på verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. I den mån de landstingsägda bolagen bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som är helt eller delvis offentligt finansierad gäller kraven i 3 kap. 3 § nya HSL även där. Om landstinget sluter avtal med ett egenägt bolag om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för, blir även tillägget i 15 kap. 1 § nya HSL tillämpligt. Verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi är offentligt finansierad och omfattas därmed också av den föreslagna



3 kap. 3 § nya HSL. Rätten till ersättning enligt de nämnda lagarna grundar sig dock inte på sådana avtal som avses i 15 kap. 1 § utan som regel på s.k. samverkansavtal med landstinget. För sådana avtal gäller inte det föreslagna kravet om att avtal ska innehålla villkor om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna.

Några remissinstanser betonar de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll som komplement till den offentligt finansierade sjukvården och deras betydelse för samhälle, företag och individ. Som tidigare nämnts (avsnitt 8) kan dock de goda effekterna av privata sjukvårdsförsäkringar inte klarläggas för individer som söker hälso- och sjukvård inom ramen för det offentliga åtagandet. Regeringen vill dessutom betona att avsikten med förslaget inte är att förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar utan endast att förtydliga att tidigare fastställda principer inte får åsidosättas.

### *Välfärdsutredningen*

Vid sidan av förslagen i denna lagrådsremiss har Välfärdsutredningen (se även avsnitt 4 och 7.5) haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras. Syftet med utredningen är bl.a. att säkerställa att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och att de används på ett sådant sätt att de kommer patienterna och brukarna till godo. Enligt direktiven ska utredningen föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Välfärdsutredningen redovisade i november 2016 uppdraget i denna del i delbetänkandet Ordning och reda i välfärden (SOU 2016:78) som har remissbehandlats. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

## 9.2 Förslagets förenlighet med unionsrätten

<b>Regeringens bedömning:</b> Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.
--

**Promemorians bedömning** överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Upphandlingsmyndigheten* gör bedömningen att de föreslagna kraven inte tar hänsyn till att de villkor som ställs i en upphandling ska vara kopplade till kontraktets utförande, utan de föreslagna kraven tycks omfatta all verksamhet hos leverantören. *Vårdföretagarna* och *Almega* har liknande synpunkter.

**Skälen för regeringens bedömning:** Av artikel 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. En grundläggande utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Resurserna ska i första hand fördelas till de områden där behoven är störst. De aktuella

bestämmelserna i denna lagrådsremiss tydliggör att principerna om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna gäller även i förhållande till försäkringspatienter. Hälso- och sjukvårdstjänster kan under vissa omständigheter omfattas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar. Enligt regeringens mening är förslaget inte diskriminerande, motiveras av ett behov att skydda folkhälsan och kan inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att uppnå det målet. De aktuella principerna om människovärde, behov och solidaritet utgör därmed en motiverad inskränkning av de nämnda friheterna.

När ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat aktör är normalt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, tillämplig. Genom lagen genomförs bl.a. Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG (LOU-direktivet).

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

Utöver regler om upphandling i LOU finns bestämmelser om valfrihetssystem i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Enligt 5 § HSL (7 kap. 3 § nya HSL) är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården. När ett landsting beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. Landstingen kan även vid konkurrensutsättning av annan vård än primärvården välja att tillämpa LOV. De grundläggande EU-rättsliga principerna gäller även i ett valfrihetssystem.

Enligt 17 kap. 1 § LOU får en upphandlande myndighet ställa särskilda miljömässiga, sociala, arbetsrättsliga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras. Särskilda villkor för fullgörande av kontrakt ska ha anknytning till det som anskaffas. Sådan anknytning ska anses finnas om villkoren i något avseende hänför sig till exempelvis den tjänst som ska anskaffas. Upphandlingsmyndigheten anför att de krav som enligt förslaget ska ställas upp i en upphandling inte synes ha någon sådan koppling till kontraktets utförande utan tycks omfatta all verksamhet hos leverantören. De villkor som ska ställas upp i upphandlingen går ut på att leverantören inte får ge vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring om det innebär att patienter med större behov av vård trängs undan. Regeringen utgår därmed från att villkoren kan formuleras på ett sådant sätt att de får anses ha anknytning till de tjänster som omfattas av upphandlingen, dvs. hälso- och sjukvårdstjänster som ska erbjudas patienter som omfattas av landstingets ansvar enligt HSL.

Villkoren ska anges i annonsen om upphandling eller i förfrågningsunderlaget. Motsvarande bestämmelser gäller för valfrihetssystem (1 kap.

2 § LOV). En annan förutsättning för att få ställa sådana villkor är att kraven på hur kontraktet ska fullgöras är förenliga med unionsrätten.

Regeringen bedömer att förslagen i denna lagrådsremiss är förenliga med de allmänna rättsprinciperna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

### 9.3 Behov av uppföljning och kontroll

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp konsekvenserna av förslagen.

**Promemorians bedömning** överensstämmer delvis med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Statskontoret* anför att det blir svårt för vårdgivarna att bedöma huruvida behovs- och solidaritets- och människovärdesprinciperna har åsidosatts. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* menar att det är svårt att följa upp vårdprioriteringar oavsett finansieringsform eftersom det saknas behovsindikatorer för patienter på väntelistor. *Uppsala universitet*, *Lunds universitet* och *Karolinska Institutet* anser att det behöver specificeras hur kontrollen och uppföljningen ska gå till. Flertalet landsting uttrycker att det i dag är svårt att säkerställa att privata vårdgivare uppfyller behovsprinciperna i HSL, eftersom verktygen för detta är bristfälliga. *Stockholms läns landsting* anser att det är svårt att förutse vad som kan vara skäl för sanktion mot vårdgivaren eftersom lagförslaget är otydligt. Bland annat *Värmlands läns landsting* anser att de rättsliga möjligheterna att begära journalhandlingar inte har klarlagts. *Svenskt Näringsliv* och *Vårdförstagarna* framhåller att landstinget inte har någon möjlighet att begära ut enskildas patientjournaler för granskning av privata utförare verksamhet. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* anför att det finns en tystnadspliktsgräns mellan den privata vårdgivaren och landstinget som sätter hinder i vägen för uppföljningen.

*Statskontoret* menar att om det blir aktuellt att genomföra förslagen är myndigheten positiv till att Socialstyrelsen får i uppgift att följa upp konsekvenserna av dem. *Statskontoret* anför samtidigt att det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO), inte Socialstyrelsen, som har i uppgift att granska efterlevnaden av regleringar. *Socialstyrelsen* anser att förutsättningarna för uppföljningsuppdraget inte är tydligt angivna, exempelvis avseende gränsdragningen mellan Socialstyrelsens uppdrag och IVO:s tillsynsansvar.

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

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

Huvudmannaskapet innebär en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på så sätt att verksamheten hos de privata vårdgivarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av landstinget önskade nivån. Landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Det är alltså inte möjligt att friskriva sig från ansvar genom att hänvisa till ofullständigt eller bristfälligt utformade avtal.

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste landstingen, enligt kommunallagen, även kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Landstinget ska genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Landstinget ansvarar således för att kontrollera och följa upp att de vårdgivare som tar emot försäkringspatienter inte åsidosätter människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna, i enlighet med den föreslagna 3 kap. 3 § nya HSL. Det innebär att landstinget, genom sina avtal, behöver säkerställa att de får tillgång till den information de behöver från de privata utförarna för att kunna göra denna uppföljning.

Relativt många remissinstanser, både sådana som är positiva och de som är negativa till förslagen som helhet, påtalar svårigheter för landstingen att följa upp och kontrollera om privata vårdgivare följer människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna, bl.a. till följd av bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Samma problematik finns dock redan i dag. Enligt vad regeringen erfarit finns det allmänt en osäkerhet i fråga om kommuners och landstings möjligheter att inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att granska den privata utförarens verksamhet. Det bör i sammanhanget nämnas att det i två betänkanden har lagts fram förslag som syftar till att öka insynen hos bl.a. privata vårdgivare. I betänkandet Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) föreslås exempelvis en för vissa ändamål tystnadspliktsbrytande uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare i förhållande till huvudmannen. I betänkandet Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:62) föreslås bl.a. att enskilda juridiska personer som driver offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska jämföras med myndigheter vid tillämpningen av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Båda betänkandena är under beredning i Regeringskansliet.

Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp konsekvenserna av förslagen. Enligt regeringens mening är landstingens möjligheter till uppföljning en väsentlig fråga. I uppdraget till Socialstyrelsen bör det därför också ingå ett utvecklingsarbete för att stödja landstingen i att bättre kunna följa att ovan nämnda principer uppfylls.

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

## 10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**Regeringens förslag:** Lagändringarna ska träda i kraft den 1 augusti 2017.

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

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

**Promemorians förslag** överensstämmer i allt väsentligt med regeringens förslag. I promemorian föreslås att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2017.

**Remissinstanserna:** Endast ett fåtal remissinstanser har kommenterat förslaget i denna del. *Södermanlands läns landsting* och *Skåne läns landsting* avstyrker att bestämmelsen om att hälso- och sjukvård får ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts ska ha retroaktiv verkan. *Regelrådet* efterlyser en bedömning av behovet av speciella informationsinsatser.

**Skälen för regeringens förslag:** Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. Förslagen bör därför träda i kraft den 1 augusti 2017.

Den föreslagna 3 kap. 3 § nya HSL gäller exempelvis när hälso- och sjukvård ges enligt avtal med ett landsting. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som ingåtts efter lagens ikraftträdande. Regeringen ställer sig dock bakom bedömningen i promemorian att den nya bestämmelsen bör gälla även för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Detta avsteg från den nämnda huvudprincipen får anses godtagbart med hänsyn till att bestämmelsen enbart utgör ett förtydligande av vad som gäller redan i dag, dvs. att människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna i 3 kap. 1 § andra stycket nya HSL även gäller i förhållande till patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. En övergångsbestämmelse med innebörd att den nya 3 kap. 3 § får retroaktiv verkan föreslås i lagrådsremissen.

I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 15 kap. 1 § nya HSL inte gälla för sådana avtal om överlämnande av uppgifter som landstingen ingått före ikraftträdandet. Det saknas däremot skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett sådant tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen inte innebär att ett nytt avtal ingås. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i lagrådsremissen.

Några särskilda informationsinsatser med anledning av lagändringarna bedöms inte nödvändiga.

## 11 Konsekvenser

### 11.1 Allmänt om förslaget konsekvenser samt alternativa lösningar

Regeringen bedömer att det är tänkbart att ökningen av sjukvårdsförsäkringar bromsas upp om förslaget i lagrådsremissen genomförs. Regeringen bedömer samtidigt att detta bör gälla enbart under förutsättning att kraven i gällande lagstiftning inte uppfylls i dag. Det faktiska kunskapsläget innebär att det finns mycket lite fakta om hur de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar den offentliga hälso- och sjukvården. Med anledning av detta bedömer regeringen det som angeläget att förslaget konsekvenser följs upp i enlighet med det uppdrag till Socialstyrelsen som behandlas i avsnitt 9.3.

Om lagstiftningen uppfylls i dag, så att den patient som söker offentligfinansierad vård inte trängs undan av en patient med privat sjukvårdsförsäkring, medför förslaget i lagrådsremissen inga större konsekvenser. Som tidigare nämnts vill regeringen dessutom betona att avsikten med förslaget inte är att förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar utan endast att förtydliga att tidigare i lag fastställda principer inte får åsidosättas.

Ett tänkbart scenario skulle kunna vara en utveckling mot att privata vårdgivare väljer att enbart ta emot patienter med sjukvårdsförsäkring. I samverkan med en kraftigt ökande förekomst av antalet sjukvårdsförsäkringar skulle detta kunna leda till en utveckling i Sverige mot en högre andel försäkringsfinansierad vård. Förslaget i lagrådsremissen är dock, som tidigare diskuterats, endast ett förtydligande av en lagstiftning som redan gäller. Regeringen bedömer därför att en sådan utveckling inte är en sannolik konsekvens av förslaget.

Risken för en prioritering på grunder som står i strid med hälso- och sjukvårdslagets principer är motivet till regleringen. Regeringen bedömer att denna risk ökar om ingen reglering kommer till stånd. Någon lösning som alternativ till förslaget har inte framkommit.

### 11.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

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

Förslaget till 3 kap. 3 § nya HSL innebär enbart ett förtydligande av vad som redan gäller i dag och det får således inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Det föreslagna tillägget i 15 kap. 1 § samma

lag, dvs. att det ska finnas vissa villkor i avtalen med bl.a. privata vårdgivare, innebär däremot ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Samtidigt är landstinget huvudman för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten. Det innebär att det är angeläget för landstinget att säkerställa att de som söker hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds en god vård efter behov och på lika villkor i enlighet med gällande lagstiftning.

*Västernorrlands läns landsting* bedömer att förslaget innebär en marginell och rimlig inskränkning av den kommunala självstyrelsen och att den föreslagna lagändringen ger ett välkommet stöd i de avtal som träffas med privata utförare. *Hallands läns landsting* ifrågasätter om ändamålen med regleringen motiverar en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. *Svenskt Näringsliv* ser en risk att förslaget kommer att öka antalet rättsprocesser och i motsvarande mån försämra de regionala politikernas förutsättningar att styra sjukvården.

Eftersom landstingen redan i dag tecknar sådana avtal som avses i 15 kap. 1 § nya HSL får förslaget endast anses medföra en ytterst liten inskränkning av självstyrelsen. Förslaget innebär främst en förändring i hur landstingen utformar avtalen och inverkar inte i övrigt på landstingens möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i landstingens självstyrelse.

### 11.3 Ekonomiska konsekvenser

Eftersom ett av förslagen, tillägget i 15 kap. 1 § nya HSL, innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen skulle den kommunala finansieringsprincipen kunna bli tillämplig. Regeringen bedömer dock att landstingens eventuellt ökade kostnader på grund av förslagen endast är marginella.

Landstingen tecknar redan i dag sådana avtal som avses i den nämnda bestämmelsen och därför bedöms förslaget inte ha några direkta ekonomiska effekter för landstingen i fråga om förfarande, administration och liknande kostnader. Enligt kommunallagen ska landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren och det gäller således även människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna. *Uppsala universitet* menar i sitt remissvar att för att bedöma om en medicinsk åtgärd är motiverad eller inte, samt för att bedöma om och hur en åtgärd, eller avsaknaden av densamma, kan anses bryta mot någon etisk princip, måste landstingen och forskare ges möjlighet att granska de medicinska besluten, det vill säga journalhandlingarna. En sådan verksamhet ställer krav på såväl nya avtal mellan landsting och privata vårdgivare som nya rutiner vid utvärdering. *Uppsala universitet* anser att det är orimligt att anta att detta inte får ekonomiska konsekvenser i form av mer arbete och högre kostnader för landstingen, till

skillnad mot bedömningen i promemorian. Även *Karolinska Institutet* och *Skåne läns landsting* menar att förslaget innebär ökad administration och ökade kostnader.

Regeringen bedömer att förslaget inte innebär någon uttrycklig skyldighet för landstingen att följa upp och kontrollera i större utsträckning än vad de gör i dag. Mot bakgrund av inkomna synpunkter i remissvaren avser regeringen att även inkludera ett utvecklingsarbete för att stödja landstingen i uppföljningen i det uppdrag till Socialstyrelsen som diskuteras närmare i avsnitt 9.3. Detta kan sedan bli en del i landstingens kontinuerliga uppföljning av de privata vårdgivarnas verksamhet. Förslagen bör därmed endast innebära marginellt ökade kostnader för landstingen.

## 11.4 Konsekvenser för företag

De typer av företag som kan beröras av förslaget är de privata vårdföretagen, företag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar samt arbetsgivare som erbjuder eller subventionerar dylika försäkringar till sina anställda. Det finns i Sverige ett tiotal försäkringsföretag som erbjuder sjukvårdsförsäkringar. I sin marknadsföring hänvisar försäkringsföretagen i regel till att man som försäkringstagare får tillgång till vård via försäkringsföretagets nätverk av privata vårdgivare.

*Regelrådet* finner brister i promemorians redovisning av påverkan på företagens kostnader, verksamhet, konkurrensförhållanden och särskild påverkan på små företag. *Svensk försäkring* menar i sitt remissvar att de patienter som har offentligfinansierad vård inte trängs undan av patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. *Uppsala universitet* menar å andra sidan att om de föreslagna lagändringarna genomförs och efterlevs torde efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar kraftigt minska eller helt försvinna. Anledningen till detta, menar Uppsala universitet, är att det inte finns någon anledning för den enskilde eller arbetsgivare att betala för vård som tillhandhålls kostnadsfritt. För att det ska finnas någon betalningsvilja för en sjukvårdsförsäkring krävs att den försäkrade får tillgång till sjukvård som åsidosätter behovsprincipen, enligt Uppsala universitet.

### *Vårdföretagen*

Det är tänkbart att lagändringen kommer att leda till att företag behöver ta fram ny dokumentation för att tydliggöra att regelverket följs och på vilket sätt.

Om det förekommer att försäkringspatienter tränger undan patienter med offentlig finansiering hos ett vårdföretag i dag, kan vårdgivaren behöva omprioritera för att uppfylla kraven i lagstiftningen. Detta kan minska möjligheterna för vårdföretagen att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Regeringen gör dock bedömningen att privata vårdgivare även fortsättningsvis kommer att kunna ta emot patienter vars vård finansieras med sjukvårdsförsäkringar. I detta avseende medför de föreslagna bestämmelserna ingen skillnad. I och med den föreslagna kompletteringen i 15 kap. 1 § nya HSL får dock landstingen större möjligheter att vidta åtgärder mot de vårdgivare som åsidosätter prin-



ciperna i 3 kap. 1 § andra stycket samma lag. Landstinget kan t.ex. säga upp ett avtal om vårdgivaren inte följer villkoren i avtalet.

### *Försäkringsföretagen*

Regeringen bedömer det som tänkbart att ökningen av sjukvårdsförsäkringar på sikt bromsas upp om förslaget i lagrådsremissen genomförs, dock enbart om möjligheterna för det anlitate nätverket av vårdgivare att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring minskar på grund av omprioriteringar. Det kommer då att påverka försäkringsföretagens verksamhet, såsom deras möjligheter att kunna erbjuda snabb vård. Det kommer att påverka konkurrensförhållandena mellan försäkringsföretagen i fråga.

### *Små företag*

Det kan inte uteslutas att förslaget kan ge mer svårhanterliga effekter för mindre vårdföretag än för större vårdföretag.

I SKL:s rapport från 2012, Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling, redovisas tänkbara drivkrafter för den aktuella marknadsutvecklingen för privata sjukvårdsförsäkringar. Ett antagande är att ett ökat intresse från små och medelstora företag sannolikt står för en inte obetydlig del av tillväxten när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar. Rädslan för produktionsbortfall på grund av sjukfrånvaro kan ha varit en påtagligt bidragande faktor för mindre företags tilltagande intresse för privata sjukvårdsförsäkringar. Regeringen bedömer, som tidigare nämnts, att privata vårdföretag även fortsättningsvis kommer att kunna ta emot patienter vars vård finansieras med sjukvårdsförsäkringar. Regeringen bedömer sammantaget inte att förslaget medför särskilda konsekvenser för små företag.

## 11.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Förslaget syftar till att förtydliga att människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen inte får åsidosättas. Vård efter behov och på lika villkor ska gälla i hälso- och sjukvården. Förslagen gynnar eller missgynnar inte vare sig kvinnor eller män specifikt, utifrån vad som i dag är känt. Förslagen betonar vikten av en jämlik vård.

## 12 Författningskommentar

### **3 kap. 3 §**

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 9.1.

Bestämmelsen innebär att hälso- och sjukvård får ges till en patient inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket samma kapitel inte åsidosätts. I den nämnda paragrafen

anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Den nya paragrafen gäller enbart inom verksamhet som helt eller delvis är offentligt finansierad. Verksamhet som är helt privat finansierad, exempelvis genom patientavgifter och via försäkringsbolag, omfattas inte av den nya bestämmelsen. Att avtal som landstingen ingår med andra vårdgivare ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt denna paragraf framgår av en ny bestämmelse i 15 kap. 1 § (se kommentaren nedan).

### **15 kap. 1 §**

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.1.

I paragrafen görs ett tillägg med innebörd att när ett landsting med bibehållet huvudmannskap överlåter åt någon annan att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL, ska avtalet innehålla villkor om att hälso- och sjukvård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart får ges om människovärdes- respektive behovs- och solidaritetsprinciperna i 3 kap. 1 § andra stycket inte åsidosätts. Tillägget syftar till att underlätta för landstingen att vidta åtgärder mot vårdgivare som bedriver verksamhet i strid mot de nämnda principerna.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna**

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 10.

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

Enligt *punkt 2* tillämpas den nya 3 kap. 3 § om att hälso- och sjukvård får ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna inte åsidosätts även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.

Av *punkt 3* framgår att den nya bestämmelsen i 15 kap. 1 § om krav på vissa avtalsvillkor inte gäller avtal som ingåtts före den 1 augusti 2017. Efter ikraftträdandet får ett tidigare ingått avtal däremot inte förlängas utan att den nya bestämmelsen beaktas. Detta gäller även om förlängningen inte innebär att något nytt avtal ingås.

# Sammanfattning av departementspromemorian Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Ds 2016:29)

Bilaga 1

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

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

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

# Lagförslag i departementspromemorian Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Ds 2016:29)

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup>

*dels att 3 § ska ha följande lydelse,*

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### **2 j §**

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

### **3 §<sup>2</sup>**

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

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

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

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

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2014:572.

individ.

bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Bilaga 2

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

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

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2017.
  2. Bestämmelsen i 2 j § tillämpas även för avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet.
  3. För avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den äldre lydelsen. Om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet gäller 3 § tredje stycket i den nya lydelsen.

## Förteckning över remissinstanser

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Justitiekanslern (JK), Statskontoret, Upphandlingsmyndigheten, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Diskrimineringsombudsmannen, Konkurrensverket, Uppsala universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet, Linköpings universitet, Karolinska institutet, Örebro universitet, Regelrådet, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Fysioterapeuterna, Vårdförbundet, VISION, Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Handikappförbunden, Reumatikerförbundet, Astma- och Allergiförbundet, FAMNA, Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna, Företagarna, Praktikertjänst AB, Capio AB, Svenska Vård, Svensk Försäkring.

### **Utanför remisslistan:**

SPF Seniorerna, Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), FTF – facket för försäkring och finans.