

Socialdepartementet,  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

## Remissvar Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården Ds 2022:15 - S2022/03310

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet (LiU) har beretts tillfälle att yttra sig över Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården Ds 2022:15 och lämnar följande synpunkter.

### Sammanfattning

Sammanfattningsvis har Prioriteringscentrum vid LiU följande synpunkter på remissen:

- Prioriteringscentrum ser tillämpningen av grundinställningen att den etiska plattformen gäller för all vård och att betänkandet samtidigt endast fokuserar på offentligt finansierad vård hos privata vårdgivare som delvis motsägelsefull och en indikation på att utredaren inte anser att den etiska plattformen gäller för privat finansierad vård.
- Att utredningen bedömer eventuell felaktig prioritering genom att jämföra hur en privat vårdgivare med offentligt finansierade patienter prioriterar dessa jämfört med privat finansierade patienter, menar Prioriteringscentrum är en felaktig jämförelse. Istället borde utredningen jämföra om offentligt finansierade patienter hos privata och offentliga vårdgivare får olika prioritering.
- Prioriteringscentrum menar att en möjlig reglering för att hantera ett sådant problem vore att villkora de avtal som skrivs med privata vårdgivare och ställa krav på att väntetiderna för patienterna inte får överstiga de väntetider som gäller för patienter inom offentligt finansierad vård hos offentliga vårdgivare.
- Här menar vi också att väntetider i många fall är ett illa valt mått för om det skett en felaktig prioritering.

- Prioriteringscentrum vill lyfta att ett skäl till att medborgare finner behov av privata vårdförsäkringar kan vara att man upplever att den offentligt finansierade vården inte prioriteras på ett rimligt sätt.
- Prioriteringscentrum kan även se patientsäkerhetsrisker med förbudet mot remittering från privata vårdgivare, i alla fall vid akut sjukdom.

## Övergripande synpunkter

Offentligt finansierad svensk hälso- och sjukvård kännetecknas av resursbegränsning vilket medför att all vård som människor har behov av eller önskemål om kan inte erbjudas inom ramen för den offentligt finansierade vården. Det kan handla om att vården inte erbjuds alls, eller att den erbjuds på ett suboptimalt sätt utifrån människors förväntningar (exempelvis när det gäller väntetider). Att det finns en sådan resursbegränsning innebär också att den vård som ges inom ramen för offentlig finansiering måste prioriteras, dvs. tillgängliga resurser måste fördelas mellan olika former av vårdinsatser. Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning ska en sådan fördelning följa den så kallade etiska plattformen för prioritering. Kortfattat innebär denna plattform att mer resurser ska avsättas till större behov framför mindre behov inom ramen för människovärdesprincipen och under förutsättning att den vård som ges är kostnadseffektiv. Utifrån en rangordning av befolkningens behov ska behovstäckningen vara högre för större behov och sedan i vikande grad för lägre rangordnade behov (se Prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen signalerar därmed att sådant som väntetider etc. kan vara längre för lägre prioriterade behov framför högre prioriterade behov (eftersom det är acceptabelt med en lägre resurstäckning givet att resurserna är begränsade). Vad som är en optimal resurstäckning ges dock ingen vägledning till utan får ses som en övergripande politisk fråga. När utredningen därför gör följande tolkning av den etiska plattformen: "Att vård ska erbjudas på lika villkor innebär att det i princip bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster" (s.44, Ds 2022:15) så menar Prioriteringscentrum att det signalerar en felaktig tolkning av de etiska principerna eftersom det ger intryck att varje behov av vård (oavsett storlek) kan uppfyllas på lika villkor. Skrivningar om att den som har störst behov ska ha *företräde* till vården ger här dålig vägledning kring hur en behovsprioritering ska tolkas och kan felaktigt tolkas som att det bara handlar om väntetid när det istället kan vara att vård inte erbjuds alls, eller att den erbjuds på ett suboptimalt sätt.

Den vård som inte täcks av offentlig finansiering, på grund av att det rör sig om för små behov, inte tillräckligt effektiv vård, eller för att vården inte anses kostnadseffektiv eller möjlig att tillgodose på grund av resurstillgången – kan antingen vara komplementär eller supplementär. Komplementär vård är vård som överhuvudtaget inte ges inom ramen för offentlig finansiering. Supplementär vård är vård som ges inom ramen för offentlig finansiering, men där det utifrån

människors förväntningar kan finnas förbättringspotential när det gäller väntetider eller andra kvalitetsfaktorer.

I föreliggande departementspromemoria angående privata sjukvårdsförsäkringar berörs framförallt supplementär vård och fokus ligger på väntetider. Det problem som lagförslagen syftar till att åtgärda är att patienter med privata vårdförsäkringar får tillgång till supplementär vård med kortare väntetider än de patienter som får offentligt finansierad vård. Att så sker uppfattas som att privatfinansierade patienter går före i kön eller prioriteras högre än offentligt finansierade patienter. En utgångspunkt för utredningen förefaller vara att detta strider mot den etiska plattformen och dess krav på likvärdig vård för likvärdiga behov och den etiska plattformen gäller för all vård som ges i Sverige, oavsett om den bekostas med offentliga eller privata medel. Grundförslaget i utredningen är därför att privata vårdgivare som vill bedriva offentligt finansierad vård, inte samtidigt får bedriva vård av samma behov med privat finansiering. En privat vårdgivare som endast väljer att bedriva privat finansierad vård regleras dock inte i förslaget.

Prioriteringscentrum ser ett antal problem med detta resonemang. Om den etiska plattformen gäller för all vård som bedrivs i Sverige, oavsett finansieringsform – och att den därmed ska ges utifrån behov och där betalningsförmåga inte ska få spela roll – så gäller detta för all vård. Detta oavsett om vården är komplementär eller supplementär, ges av privata vårdgivare som bedriver enbart privat finansierad vård eller kombinerar offentligt och privat finansierad vård. En sådan slutsats skulle naturligtvis implicera en mycket mer långtgående reglering där människors möjlighet att tillägna sig vård genom privat finansiering förbjuds eller på annat sätt kraftigt inskränks. Eftersom utredningen fokuserar på privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård – uppfattar Prioriteringscentrum det som att man tolkar den etiska plattformen som i mindre grad tillämplig på privat finansierad vård (så länge den inte påverkar prioriteringen av den offentligt finansierade vården). I praktiken innebär det att den etiska plattformen enbart eller framförallt gäller offentligt finansierad vård. Prioriteringscentrum har i sin egen verksamhet lyft frågan med jurister som menar att det är oklart huruvida den etiska plattformen gäller för privat finansierad vård, framförallt med tanke på att sådan vård inte kan omfattas av skyldighet att ge vård.

Om man utgår från den tillämpningen av den etiska plattformen, hur bör man ställa sig till föreslagen reglering? En utgångspunkt för att man anser att privata vårdförsäkringar bör regleras är att väntetiderna för privatfinansierade patienter är kortare än för offentligt finansierade patienter, och att man anser detta som extra problematiskt om det sker hos en vårdgivare som har både offentligt och privat finansierade patienter. Detta förefaller vara en felaktig jämförelse utifrån utgångspunkten. Referensen för offentligt finansierade patienter bör vara de patienter som får vård inom helt offentligt finansierade verksamheter. Utredningen hänvisar till utredningen om *Ökad kontroll i hälso- och sjukvården* (SOU 2021/22:260) och skriver att ”I propositionen uttalas att när en region sluter avtal

med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården fortsatt hade bedrivits i egen regi.” (s. 45, Ds 2022:15) Däremot förefaller utredningen inte tillämpa den jämförelsen som utgångspunkt för sina förslag. Om regeringen inte vill förbjuda komplementär eller supplementär vård som ges utanför offentligt finansierad vård (uppdraget till utredningen och dess förslag indikerar inte att så är fallet), så innebär det att regeringen också accepterar att vård ges som inte finns inom den offentligt finansierade vården eller ges med kortare väntetider eller andra kvalitetsskillnader. I princip kan det inte spela någon roll om detta sker hos en vårdgivare som samtidigt bedriver offentligt finansierad vård eller inte. Det blir problematiskt om en vårdgivare med både offentligt och privat finansierade patienter prioriterar sina offentligt finansierade patienter lägre än andra offentligt finansierade patienter för att istället kunna behandla privat finansierade patienter. Den jämförelsen redovisas dock inte i utredningen och därmed är det svårt att bedöma i vilken utsträckning privat finansierade patienter hos privata vårdgivare med båda finansieringsformer påverkar prioriteringen av offentligt finansierade patienter negativt. Prioriteringscentrum menar att det inte är tillräckligt att visa att privat finansierade patienter haft kortare väntetider för att dra slutsatsen att det skett en undanträngning eller felaktig prioritering i relation till offentligt finansierade patienter. Prioriteringscentrum vill också påpeka, i linje med sitt remissvar till SOU 2021:80, att väntetider är ett dåligt mått på huruvida den prioritering som gjorts är i linje med den etiska plattformen. Det är viktigt att påpeka att Prioriteringscentrum inte ifrågasätter att det kan finnas problem där privatfinansierade patienter påverkar prioriteringen av offentligt finansierade patienter negativt, men detta visas alltså inte genom de resonemang som förs i utredningen. En möjlig reglering för att hantera ett sådant problem vore att villkora de avtal som skrivs med privata vårdgivare och ställa krav på att väntetiderna för patienterna inte får överstiga de väntetider som gäller för patienter inom offentligt finansierad vård hos offentliga vårdgivare. Avtalsformen mellan en privat vårdgivare och en huvudman kan i stor utsträckning påverka tillgängligheten till offentligt finansierad vård. I upphandlingar är det inte ovanligt med volymtak, vilket innebär att en privat vårdgivare bara får behandla ett visst antal patienter per år. Det är inte säkert att detta volymtak motsvarar befolkningens behov. Det innebär att det inom offentligt finansierad vård enbart tillåts att ett visst antal patienter behandlas även om ytterligare patienter har ett behov av behandling. På detta vis kan privat finansierad vård avlasta den offentligt finansierade, därför måste avtalets effekt på hur patienter prioriteras belysas och undersökas i större utsträckning. Genom att ta emot patienter med privat sjukförsäkring kan en privat vårdgivare behandla patienter baserat på egen kapacitet istället för att sluta behandla när volymtaket är nått förutsatt att indikationer mm är identiska för båda grupperna. Inom privat driven primärvård, som till stor del finansieras genom kapitering, finns inga sådana volymtak utan här konkurrerar privat och offentligt finansierade patienter om tid och resurser.

Prioriteringscentrum vill samtidigt påpeka att ett skäl till att människor upplever ett behov av privata vårdförsäkringar kan bero på att den offentligt finansierade vården inte prioriteras i linje med den etiska plattformen, eller ges på ett sätt som anses legitimt i befolkningen. Detta förefaller på många sätt en mer angelägen uppgift att reglera eller åtgärda för att bibehålla en god legitimitet för svensk hälso- och sjukvård.

När det gäller den andra delen av utredningens förslag, som handlar om att införa förbud mot att remittera privatfinansierade patienter till den offentligt finansierade vården – så ser Prioriteringscentrum även vissa problem med detta. Vi har förståelse för ambitionen att reglera att patienter inte kommer före i den offentliga kön till insatser, genom att få en snabbare remitteringsväg in. Det redovisas dock inte i utredningen i vilken utsträckning detta är ett problem, samtidigt som det förefaller finnas ett patientsäkerhetsproblem med en sådan reglering. Att patienter snabbt kan komma till rätt vårdinstans genom remiss, om det upptäcks något som är av mer akut karaktär och inte kan hanteras av den privata vårdgivaren förefaller angeläget och att patienter som sökt privat vård i det fallet ska behöva kontakta en ny vårdgivare riskerar att onödigt fördröja sådan vård. Det är svårt att se att utredningen visat att problemet med remittering från privata vårdgivare är tillräckligt stort för att väga upp en sådan patientsäkerhetsrisk. Prioriteringscentrum menar att det måste vara den offentligt finansierade vårdens ansvar att bedriva vård enligt den etiska plattformen och göra en prioritering utifrån dess principer. Detta gäller även hur de patienter prioriteras som remitteras till en verksamhet. Det kan finnas ett flertal faktorer som kan påverka patienters möjlighet att få en remiss även inom den offentligt finansierade vården som påverkar hur snabbt man kommer vidare i systemet. Om det systematiskt visar sig att patienter från privata vårdgivare remitteras till offentligt finansierade vårdinsatser på lösare grunder än från offentligt finansierade vårdgivare, bör det naturligtvis åtgärdas. Men det förefaller inte motiverat att förbjuda remittering från privata vårdgivare, givet den beskrivna situationen. Ett prioriteringsproblem kan dock uppstå vid icke akuta remisser då en privat patient genom en snabb tid till privat finansierad vårdgivare kommer ”före i kön” jämfört med patienter som i den offentligt finansierade vården fått vänta på remiss.

## Detaljsynpunkter

### 3.1 Målbestämmelser för hälso- och sjukvården

Under rubriken målbestämmelser för hälso- och sjukvården presenteras människovärdesprincipen. I det sammanhanget sägs att ”Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och *sjukdomens varaktighet*.” (vår markering). Prioriteringscentrum finner inget stöd för att lägga till sjukdomens varaktighet i detta sammanhang, snarare bör det ses

som en grund för prioritering. I propositionen som ligger till grund för den etiska plattformen sägs att ” Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.” (Prop. 1996/97:60). Varaktighet är alltså snarare en viktig grund för prioritering utifrån behov.

### **Handläggningen av beslutet**

Beslut om detta yttrande har fattats av professor Lars Sandman, Föreståndare för Prioriteringscentrum, i samverkan med Therese Eriksson, doktor i hälsoekonomi och utvärdering och Eva Arvidsson, allmänläkare, och doktor i medicinsk vetenskap.

I tjänsten  
Lars Sandman