

Regelrådet är ett särskilt beslutsorgan inom Tillväxtverket vars ledamöter utses av regeringen. Regelrådet ansvarar för sina egna beslut. Regelrådets uppgifter är att granska och yttra sig över kvaliteten på konsekvensutredningar till författningsförslag som kan få effekter av betydelse för företag.

Socialdepartementet

Yttrande över departementsskrivelsen Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, Ds 2022:15

Regelrådets ställningstagande

Regelrådet finner att konsekvensutredningen inte uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Innehållet i förslaget

Förslaget avser ändringar i patientsäkerhetslagen (2010:659) och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En privat vårdgivare som har slutit avtal med en region om att bedriva offentligt finansierad vård ska inte få erbjuda sådan hälso- och sjukvård som avtalet omfattar till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt ska regionerna inte få överlämna uppgifter avseende hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet med regionen omfattar till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring.

En privat vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring ska inte få remittera till den offentligt finansierade vården. Vårdgivaren ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska få förelägga en privat vårdgivare som bryter mot bestämmelserna som riktar sig mot vårdgivare, att vidta åtgärder för att följa de bestämmelserna. IVO:s beslut om föreläggande får förenas med vite. IVO:s beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Skälen för Regelrådets ställningstagande

Bakgrund och syfte med förslaget

I promemorian uppges att utredningen ska ta fram förslag på reglering som kan komplettera de författningsförslag som har lagts fram i betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*, SOU 2021:80¹. Det betänkandet överlämnades till regeringen i oktober 2021 av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar, som i sin tur har haft i

¹ RR 2021-309.

uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället samt lämna förslag som begränsar sådan påverkan.

Det uppges att målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vidare uppges att den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Dessa principer, människovärdesprincipen och behovssolidaritetsprincipen, följer, enligt förslagsställaren, av nationell rätt och utgör de två första principerna i den etiska plattform som ska styra beslut om prioriteringar i vården.

Det uppges att människovärdesprincipen innebär att det bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. 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. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden. Vidare uppges att behovssolidaritetsprincipen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Det uppges att syftet med utredningens förslag är att säkerställa att privata sjukvårdsförsäkringar inte på ett negativt sätt påverkar möjligheten att upprätthålla nämnda principer inom den offentligt finansierade vården. Privata vårdgivare, som erbjuder vård på uppdrag av försäkringsbolag, ska enligt avtal med försäkringsbolagen garantera patienter som omfattas av en sjukvårdsförsäkring vård inom vissa uppställda tidsgränser. Den väntetid som garanteras patienterna med försäkring är, enligt förslagsställaren, i regel betydligt kortare än vad som gäller för patienter inom den offentligt finansierade vården. När en privat vårdgivare bedriver offentligt finansierad vård och samtidigt erbjuder samma sorts vård till patienter med sjukvårdsförsäkring finns därför, enligt förslagsställaren, en risk för att de patienterna får en bättre tillgång till hälso- och sjukvården, i strid med människovärdesprincipen. Detta uppges vara särskilt problematiskt när det på grund av försäkringsbolagens krav inte är möjligt för hela befolkningen att på samma villkor teckna en privat sjukvårdsförsäkring.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslaget bakgrund och syfte är godtagbar.

Alternativa lösningar och effekter av om ingen reglering kommer till stånd

I promemorian uppges att förslaget bland annat avser att en privat vårdgivare som har slutit avtal med en region om att bedriva offentligt finansierad vård inte ska få erbjuda sådan vård som avtalet med regionen omfattar även till patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt ska regionerna inte få överlämna uppgifter avseende hälso- och sjukvård till en privat vårdgivare som erbjuder sådan vård som avtalet med regionen omfattar även till patienter med en privat sjukvårdsförsäkring. Det uppges att utredaren har övervägt att endast föreslå att ansvaret läggs på regionen, alternativt bara föreslå bestämmelsen som riktar sig mot privata vårdgivare. Ett avtal om överlämnande enligt 15 kap. 1 § HSL fråntar, enligt utredaren, dock inte regionen ansvar för att den privata vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård för regionens räkning gör så i enlighet med gällande regler. Utredaren anser att det är viktigt att det tydligt framgår vilket ansvar regionen har för att i möjligaste mån undanröja de negativa konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar kan få för patienter inom den offentligt finansierade vården. Det uppges att genom förslaget får regionen dessutom, på ett tydligare sätt, en skyldighet att ställa krav redan vid upphandlingen av vårdgivare. Utredaren anser samtidigt att det är rimligt att ställa krav på de privata vårdgivarna, eftersom det är de

som beslutar om sin finansieringsform. De privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård har, enligt utredaren, även de en skyldighet att garantera att målen för hälso- och sjukvården upprätthålls för patienterna inom den vården. Förslaget som riktar sig direkt mot vårdgivarna uppges därtill ge en möjlighet för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att vidta åtgärder mot en vårdgivare som inte följer den bestämmelsen. Utredaren föreslår av därför att ansvaret läggs både hos den privata vårdgivaren och hos regionen.

Samtidigt uppges i promemorian att den föreslagna inskränkningen i vårdgivarnas möjligheter att ingå avtal med regioner och försäkringsbolag avseende samma slags vård innebär en försämring för vårdgivarna. Detta måste, enligt utredaren, ställas mot syftet med förslagen, nämligen att säkerställa att människovärdesprincipen och behovssolidaritetsprincipen inte riskerar att åsidosättas. Det har enligt utredaren inte framkommit någon alternativ lösning som är mindre ingripande och samtidigt uppnår de effekter som den föreslagna regleringen kan förväntas få. Mot den bakgrunden anser utredaren att delförslagen är proportionerliga.

Utredaren uppger sig vara medveten om att det kan förekomma att vårdgivare försöker kringgå det som förslagen avser att uppnå genom att, exempelvis inom en koncern, bilda olika bolag som tillhandahåller privat respektive offentligt finansierad hälso- och sjukvård, men i samma lokaler. För att omöjliggöra ett sådant scenario skulle förslaget exempelvis kunna utformas så att uppgifter inte får lämnas över till en vårdgivare som ingår i en koncern inom vilken erbjuds sådan vård som avtalet med regionen omfattar, även till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Utredaren bedömer dock att det i nuläget inte finns tillräckligt starka skäl för att utgå från att vårdgivare kommer att försöka kringgå regelverket på detta sätt. Det är därför, enligt utredaren, inte heller proportionerligt att utforma förslagen för att stoppa sådant beteende. Skulle det visa sig att reglerna kringgås så att effekten av förslagen motverkas får det då övervägas om ytterligare reglering krävs.

Vidare innebär förslaget en förändring i en patients möjlighet att välja vårdgivare om patienten föredrar en vårdgivare som väljer att finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar. Om många privata vårdgivare väljer att göra så i stället för att sluta avtal med regionen skulle också antalet utförare av offentligt finansierad vård åtminstone under en övergångsperiod kunna minska, vilket kan påverka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Människovärdesprincipen och behovssolidaritetsprincipen uppges dock väga tyngre än rätten att välja vård och vårdgivare. Regionerna har också en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar samt med beaktande av den vård som erbjuds, eller inte erbjuds, av andra vårdgivare.

Vidare uppges att enligt utredarens uppdrag ska förslag tas fram som i möjligaste mån innebär att offentligt finansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare bara om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård. Ett förslag med den ordagranna innebörden skulle, enligt utredaren, medföra att samtliga vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård förhindras att remittera patienter till den vården. Detta skulle även drabba aktörer som inte har avtal om att ta emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar och dessutom förväntas öka bördan hos exempelvis offentligt finansierade vårdcentraler, som då skulle behöva remittera i än större utsträckning än nu. En sådan regel står enligt utredarens bedömning inte i proportion till vad som krävs för att uppnå uppdragets syfte. För att motverka risken för att patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring får en snabbare tillgång till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården än patienter utan försäkring, föreslår utredaren i stället att det bara är de vårdgivare som har slutit avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring som inte ska få remittera till den offentligt

finansierade vården. Vårdgivare som har avtal om att ta emot försäkringspatienter ska ge direktiv och fastställa rutiner som säkerställer att sådan remittering inte sker. Det uppges vara i linje med kraven för remittering i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, genom vilka vårdgivarna redan har ett ansvar att ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas samt hanteras. Det uppges att som en konsekvens av utredarens tolkning av uppdraget lägger utredaren ansvaret för att otillåten remittering inte sker hos den privata vårdgivare som remitterar, i stället för hos den offentligt finansierade vårdgivare som tar emot remissen. Att lägga ansvaret hos den vårdgivare som tar emot remissen bedöms medföra ett alltför stort merarbete för denna. Den offentligt finansierade vårdgivaren bör, enligt utredaren, kunna förutsätta att den remitterande enheten får utfärda en remiss till den offentligt finansierade vården. Om det finns tydliga indikationer på att den remitterande vårdgivaren kan ha agerat i strid med den föreslagna bestämmelsen bör den mottagande enheten ändå ha ett visst ansvar att säkerställa att remissen inte har utfärdats felaktigt. Visar det sig att en remiss är felaktigt utfärdad ska den, enligt utredaren, som huvudregel inte behandlas vidare hos den mottagande enheten. Utredaren uppger sig vara medveten om att den valda lösningen kan tolkas som att de vårdgivare som nu har avtal med både en region och försäkringsbolag hamnar i ett sämre läge än om utredningen lämnar ett förslag enligt uppdragets ordalydelse. Ett sådant förslag skulle medföra att de vårdgivarna, med hänvisning till avtalen med regionerna, även fortsättningsvis får remittera till den offentligt finansierade vården. Utredaren anser dock att syftet med bestämmelsen, att förhindra de negativa konsekvenser som remittering av patienter med privat sjukvårdsförsäkring till den offentligt finansierade vården kan medföra, skulle då inte uppnås fullt ut. Utredaren föreslår vidare att vårdgivare som har slutit avtal med en region inte längre ska få erbjuda sådan vård som det avtalet omfattar till en patient vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. Vårdgivare som nu erbjuder samma sorts vård till patienter inom den offentligt finansierade vården och försäkringspatienter kommer alltså ändå inte kunna fortsätta att göra det. I praktiken innebär utredningens utformning av förbudet mot remittering därför inte någon skillnad för de vårdgivarna.

Vad gäller de vårdgivare som erbjuder olika sorters vård till patienter inom den offentligt finansierade vården respektive patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring, innebär utredarens förslag att inte heller dessa längre får remittera till den offentligt finansierade vården. Utredaren uppger att en lösning med innebörden att vårdgivaren skulle ha fortsatt möjlighet att remittera vissa patienter för viss typ av vård, men inte andra, skulle bli komplicerad och riskera att medföra gränsdragningsproblem. Det skulle, enligt utredaren, också bli svårare att utöva en effektiv tillsyn med en sådan reglering. Med hänsyn till förslagets syfte, att förhindra att patienter med försäkring får en snabbare tillgång till den offentligt finansierade vården, bedömer utredaren därför att förslaget är väl avvägt.

Utredaren har vidare övervägt en lösning där den enskilda patientens finansiering av vård hos den remitterande verksamheten vid varje enskilt besök ska få avgöra om remittering får ske eller inte. På så sätt skulle en privat vårdgivare som tar emot patienter med sjukvårdsförsäkring fortsättningsvis kunna remittera till den offentligt finansierade vården så länge den specifika patienten inte får aktuell vård genom en sjukvårdsförsäkring. En sådan lösning skulle dock, enligt utredaren bli betydligt lättare att kringgå hos den remitterande verksamheten, till exempel genom att boka in ett nytt besök för samma patient som då betalar för vården på annat sätt. Det skulle också bli betydligt svårare för IVO att följa upp om remitteringen skett på rätt sätt. Det uppges att i SOU 2021:80 föreslås att uppgift om finansiering ska finnas med i IVO:s vårdgivarregister. IVO kan då utgå från de uppgifterna vid stickprov och kontroll av vårdgivarens direktiv och remisser vid en eventuell granskning.

Regelrådet kan konstatera att det finns redovisning av alternativa sätt att utforma regleringen på och att det i redovisningen av förslagets bakgrund framgår vilka effekter som, enligt utredaren, kan uppstå vid utebliven reglering.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av alternativa lösningar och effekter av om ingen reglering kommer till stånd är godtagbar.

Förslagets överensstämmelse med EU-rätten

I promemorian uppges att EU-medlemsstaterna själva ansvarar för sin hälso- och sjukvård och att unionsrätten därför inte inkräktar på Sveriges behörighet att utforma sitt system för hälso- och sjukvård samt social trygghet (bland annat artikel 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, FEUF samt EU-domstolens dom den 11 december 2014 i mål nr C-113-13 punkt 55). Det uppges att hälso- och sjukvårdstjänster kan likväl, under vissa omständigheter, omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster och etableringar (bland annat artikel 4.2k och 6a FEUF). Det uppges att etableringsfriheten betyder att medborgare i en medlemsstat har rätt att fritt etablera sig inom en annan medlemsstats territorium. Utländska vårdgivare ska med den utgångspunkten ha rätt att starta och utöva verksamhet på samma villkor som gäller för svenska vårdgivare (artikel 49 och 56 FEUF).

Det uppges att förslaget är neutralt och påverkar alla privata vårdgivare på samma sätt, oavsett var de har sitt säte. Att förslagen utgör en begränsning i rätten att fritt välja finansieringsform och avtalspartner för vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård bedöms inte innebära en sådan inskränkning i rätten för utländska vårdgivare att etablera sig i Sverige att förslagen mot den bakgrunden utgör ett hinder mot etableringsfriheten (jämför till exempel EU-domstolens dom den 24 mars 2011 i mål nr C-400/08 punkt 63). Utredaren anser inte heller att förslagen på annat sätt inskränker denna rätt.

Slutligen uppges att när förslagen träffar förhållanden som omfattas av upphandlingsregelverket ska de även tolkas i ljuset av här tillämplig unionsrätt. Förslagen bedöms vara förenliga med de upphandlingsrättsliga principerna om likabehandling, ickediskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet som då ska beaktas. Förslagen uppges också i övrigt vara förenliga med unionsrätten.

Avseende övrig internationell rätt finns redovisning av förslagets överensstämmelse med Europakonventionen om mänskliga rättigheter när det gäller rätten till egendomsskydd. Det uppges därtill att egendomsskyddet i Europakonventionen är mer omfattande än det skydd som följer av regeringsformen.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslagets överensstämmelse med EU-rätten är godtagbar.

Särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser

I promemorian uppges att lagändringarna bör träda ikraft den 1 januari 2024. Utredaren anser att det är angeläget att hälso- och sjukvårdens målbestämmelser upprätthålls och att de föreslagna lagändringarna därför bör träda i kraft så snart som möjligt. Utredaren uppger sig samtidigt ha förståelse för att både regioner och framför allt privata vårdgivare behöver viss tid för att anpassa sina verksamheter efter de nya förhållandena. Utredaren konstaterar att de föreslagna bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, så långt som möjligt inte bör påverka redan ingångna avtal. Parterna får anses ha ett

berättigat intresse av att bedriva verksamheten i enlighet med vad som avtalats om. Det uppges att med hänsyn till hur reglerna om offentlig upphandling är utformade kan en vårdgivare som upphandlats den vägen likväl inte utgå från att ett avtal med en region ska löpa tills vidare. Det bedöms därför vara rimligt att ändringen blir tillämplig när ett avtal mellan regionen och en vårdgivare löpt ut. Möjligheten att förlänga ett avtal bör som utgångspunkt följa redan av avtalet. Förlängningar av redan ingångna avtal kommer därmed, enligt utredaren, rimligen inte att påverkas av förslaget i denna del.

Vad gäller avtal som slutits med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, uppges dessa i praktiken kunna löpa betydligt längre än avtal som slutits med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. För att undvika att det under en alltför lång tid finns stora skillnader i hur vårdgivare som tar emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring tillåts bedriva offentligt finansierad vård, ska, enligt utredaren, bestämmelserna i 5 kap. 9 § och 15 kap. 3 § HSL tillämpas senast från och med den 1 januari 2026 för avtal som slutits med stöd av LOV. Det uppges att regionerna även före det datumet kan ändra i underlaget för sådana upphandlingar, så att bestämmelserna börjar tillämpas tidigare.

Vidare uppges att bestämmelserna om remittering och vårdgivarens ansvar att ge direktiv och fastställa rutiner i 5 kap. 10 § HSL ska tillämpas från och med den 1 januari 2026. Det uppges då ha gått två år sedan lagändringarna trädde i kraft, vilket utredaren bedömer vara en väl avvägd tid inom vilken berörda vårdgivare ges möjlighet att ställa om sin verksamhet. Det uppges att de vårdgivare som vill remittera till offentligt finansierad vård, men som nu har avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring, bör också inom denna tid kunna säga upp sådana avtal med försäkringsbolag.

Det uppges också att en naturlig följd av att 5 kap. 10 § HSL ska tillämpas från och med den 1 januari 2026 är att bestämmelserna i 7 kap. 28 c § patientsäkerhetslagen (2010:659) som ger IVO möjlighet att utfärda föreläggande för att säkerställa att reglerna följs, ska tillämpas från och med samma tidpunkt. Även möjligheten att överklaga IVO:s beslut i den här delen ska tillämpas från och med den 1 januari 2026.

Slutligen uppges att i samband med införandet kan IVO behöva genomföra en informationsinsats för att uppmärksamma vårdgivarna på de nya regler som omfattas av myndighetens tillsynsverksamhet. Informationen bör, enligt utredaren, kunna ges digitalt och därmed inte heller medföra några större ökade kostnader för myndigheten.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser är godtagbar.

Berörda företag utifrån antal, storlek och bransch

I konsekvensutredningen uppges att förslaget framför allt kommer att beröra patienter, regioner, privata vårdgivare, försäkringsbolag som tillhandahåller privata sjukvårdsförsäkringar och IVO. Förslagen kommer dessutom att beröra de arbetsgivare och organisationer som erbjuder sina anställda respektive medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar.

Vidare uppges att förbudet mot att bedriva offentligt finansierad vård och samtidigt ta emot patienter som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring för den vård som avtalet med regionen omfattar, framför allt påverkar de privata vårdgivare som har avtal med en eller flera regioner och försäkringsbolag. Förslagen påverkar också alla privata vårdgivare indirekt genom att de begränsas i möjligheten att fritt välja finansieringsform och vilka de ska ingå avtal med.

Samtliga vårdgivare som tar emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring påverkas här till av förbudet mot remittering.

Det uppges att det 2019 fanns ungefär 32 000 företag inom hälso- och sjukvård registrerade i Statistiska centralbyråns (SCB) företagsdatabas. I databasen ingår företag som är registrerade för F-skatt, mervärdesskatt eller som arbetsgivare, inklusive offentligt ägda företag och offentliga enheter. Det uppges att SCB:s statistik över företagens ekonomi inte innehåller offentliga enheter, men däremot offentligt ägda företag. Den statistiken visar, enligt utredaren, att företag inom vård- och omsorg sammantaget hade omkring 65 000 anställda och omsatte cirka 89 miljarder kronor år 2019. En tabell redovisas som visar statistiken fördelad efter storleken på företagen sett till antalet anställda och andelen av företag, anställda och omsättning som fanns inom företagen i respektive storleksklass. Det uppges att det av tabellen framgår att de flesta företag inom hälso- och sjukvården är mycket små. Med utgångspunkt i uppgifterna från 2019 har 99 procent av företagen i branschen färre än 20 anställda. De företagen uppges stå för 36 procent av samtliga anställda bland företagen inom vård och omsorg och för 41 procent av den samlade omsättningen. Vidare uppges att det finns 35 stora företag, med 250 eller fler anställda, som står för 41 procent av samtliga anställda och 36 procent av den samlade omsättningen.

Utredaren uppger att med anledning av att det saknas offentliga uppgifter om hur många vårdgivare som både har avtal med regioner och försäkringsbolag är bedömningarna därför osäkra och bygger på antaganden. Det uppges att ett försök till kartläggning likväl har skett med hjälp av SCB:s utförarregister som, enligt utredaren, kan ge viss ledning i uppskattningen av hur många vårdgivare som har avtal med både försäkringsbolag och en eller flera regioner. I registret ingår privata företag, ideella organisationer, stiftelser och kyrkor samt regionägda företag. Där finns totalt 1 052 utförare inom specialistvården med avtal med minst en region 2019. Eftersom regionerna rapporterar individuellt kan samma vårdgivare ha rapporterats till registret flera gånger när den har avtal med fler än en region. Siffran ska därför ses som en övre gräns för antalet vårdgivare som har båda finansieringsformerna. Som mest bedöms drygt 1 000 företag beröras direkt av utredningens förslag. Det uppges dock saknas närmare information om dessa specifika företag, sett till exempelvis storlek eller inriktning på verksamheten.

Utredaren uppger att närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda grupp-försäkringar, tre av tio är grupp-försäkringar medan en av tio är individuella sjukvårdsförsäkringar. Vidare uppges att de som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar bedöms vara över-representerade på arbetsplatser med relativt få anställda (Palme, 2017, s. 24 och 44). Alla arbetsgivare uppges ha ett åtgärds- och kostnadsansvar för såväl sjukskrivning som för företagshälsovård (3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen [1977:1160]). Många arbetsgivare väljer att teckna privata sjukvårdsförsäkringar för att uppfylla delar av de skyldigheterna. Det uppges att vissa, särskilt små, arbetsgivare kan av olika skäl använda sjukvårdsförsäkringar som ett alternativ och komplement till det traditionella sättet att erbjuda företagshälsovård. Dessa arbetsgivare kommer, enligt utredaren, inte att vara förhindrade att framöver teckna privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda. Möjlighet att genom en sådan försäkring få vård hos privata vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer att finnas kvar, liksom möjligheten att tillhandahålla företagshälsovård genom en privat vårdgivare utan att gå via ett försäkringsbolag.

Enligt utredaren finansierar privata sjukvårdsförsäkringar framför allt åtgärder inom planerad specialiserad somatisk vård (specialistvård). Det uppges finnas ungefär 6 150 företag med sådan verksamhet och vidare att det enligt SCB:s företagsdatabas 2019 fanns cirka 4 900

företag med branschkoderna för specialistläkarmottagningar. Enligt utredaren kan det inte uteslutas att sådana vårdgivare även finns inom andra vårdrelaterade branschkoderna. Det saknas, enligt utredaren offentliga uppgifter om omsättningen bland företag på en så finfördelad branschnivå, men däremot finns uppgifter om storleksfördelningen bland företagen sett till antalet anställda. Statistiken uppger att storleksfördelningen bland företagen med koden för specialistläkarmottagningar inte skiljer sig från storleksfördelningen bland företagen inom hälso- och sjukvård generellt. Utredaren uppger att det därför är troligt att även omsättningen bland dessa företag följer ett liknande mönster som bland andra vård- och omsorgsföretag. Det uppges att de 6 150 företagen motsvarade 2019 ungefär 20 procent av det totala antalet privata företag inom vård och omsorg samt har runt 20 procent av de anställda. Enligt utredaren kan det då antas att omsättningen i företagen inom specialistvården utgör ungefär 20 procent av omsättningen bland vård- och omsorgsföretag totalt sett. Nettoomsättningen i företagen inom specialistvården kan då uppskattas till ungefär 17,78 miljarder kronor 2019.

När det gäller antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar har det, enligt utredaren, varierat över tid. Det uppges att år 2013 var det 17 aktörer som erbjöd privata sjukvårdsförsäkringar (European Observatory on Health Systems and Policies, 2016 s.144). Vidare uppges att enligt Svensk Försäkring finns i dagsläget 11 försäkringsbolag som erbjuder sådana försäkringar och att i slutet av 2021 omfattades 723 000 personer av en sjukvårdsförsäkring. Vidare uppges att de totala premieinbetalningarna för dessa försäkringar uppgick till ungefär 3,9 miljarder kronor och utgjorde omkring 20 procent av försäkringsbolagens totala premieinbetalningar avseende sjuk-, olycksfalls- och sjukvårdsförsäkring under det året. Det uppges att sett i relation till de totala premieinbetalningarna (avseende företags- och fastighetsförsäkring, hem- och villaförsäkring, sjuk-, olycksfalls och sjukvårdsförsäkring, skadeförsäkring övrigt samt trafik- och motorfordonsförsäkring) utgjorde privata sjukvårdsförsäkringar ungefär 2 procent av de totala premieinbetalningarna. Enligt utredaren rör det sig om en förhållandevis liten del av totalt inbetalda premier. Med hänsyn till att det fortfarande kommer att vara möjligt att teckna privata sjukvårdsförsäkringar bedömer utredaren att förslaget därför endast få begränsade effekter för försäkringsbolagen.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av berörda företag utifrån antal, storlek och bransch är godtagbar.

Påverkan på berörda företags kostnader, tidsåtgång och verksamhet

Administrativa kostnader

I konsekvensutredningen uppges att vårdgivarna kan behöva anpassa sina kontrakt med en region och därigenom fortsätta att ta emot patienter med försäkring för annan vård än den som avtalet med regionen omfattar. Remisser kan då utfärdas till en privat vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad vård. En sådan omställning av verksamheten kan innebära behov av ny marknadsföring för att nå en viss målgrupp och behov av att se över samt eventuellt säga upp befintliga avtal. Att se över avtal kan antas vara tidskrävande, men då det ska göras regelbundet oavsett utredningens förslag bör arbetet, enligt utredaren, inte innebära ökade löpande kostnader. Detsamma bör gälla arbetet med att nå ut till nya patientgrupper, något som kan förväntas vara en redan befintlig uppgift för många privata vårdgivare och då en redan beräknad kostnad.

Det uppges att de administrativa kostnaderna därför huvudsakligen bedöms uppkomma vid införandet av förslagen, när vårdgivarna ska sätta sig in i vad reglerna innebär och ta fram nya rutiner för att säkerställa att de följs. För vårdgivare som väljer att fortsätta ta emot för-

säkringspatienter tillkommer, utöver arbetet med avtalen, ett arbete med att ändra i befintliga rutiner för remisser. De behöver även informera sin/sina verksamheter för att säkerställa att det inte förekommer remittering som bryter mot förslaget.

För att uppskatta de administrativa kostnaderna har utredaren använt medellönen år 2020 ur SCB:s lönestatistik om 36 100 kronor. Det uppges att månadslönen har räknats om till en timkostnad med beaktande av semesterersättning (12 procent), arbetsgivaravgifter (31,42 procent) och overheadkostnader för bland annat lokaler (25 procent), i enlighet med Tillväxtverkets metodik. Vidare uppges att efter uppräknning uppgår timkostnaden till 383 kronor. För vårdgivare som har avtal med både försäkringsbolag och en eller flera regioner kan, enligt utredaren, den tillkommande insatsen för att sätta sig in i de nya reglerna och se över avtalsvillkoren vara mer betungande och tidsåtgången för detta uppskattas till 10 timmar per företag. I utförrregistret finns drygt 1 000 företag som har avtal med minst en region och kan beröras av detta. Vid en timkostnad om 383 kronor kan den administrativa kostnaden då uppskattas till 3,83 miljoner kronor ($1\,000 \times 10 \times 383$).

Det uppges vidare att företag som har avtal med försäkringsbolag och behöver ta fram nya rutiner för att säkerställa att remittering till den offentligt finansierade vården inte sker finns främst inom specialistvården och uppskattas beröra ungefär 6 150 företag. Tidsåtgången för att se över rutiner för remittering kan, enligt utredaren, variera, men uppskattas till 1 timme per vårdgivare i genomsnitt. Vid en timkostnad om 383 kronor uppskattas den administrativa kostnaden för det arbetet till som högst 2,36 miljoner kronor ($6\,150 \times 1 \times 383$).

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslagets administrativa kostnader är godtagbar.

Andra kostnader och verksamhet

I konsekvensutredningen uppges att effekterna för de vårdgivare som har avtal med både en eller flera regioner och försäkringsbolag bland annat beror på hur stor del av intäkterna som kommer från respektive avtalspart. Det finns, enligt utredaren, inga offentliga uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar privata vårdgivare för den vård de utför. De ekonomiska konsekvenserna kan, enligt utredaren, därför inte bedömas med någon större exakthet. Vidare saknas, liksom nämnts ovan, offentliga uppgifter om hur många vårdgivare som både har avtal med regioner och försäkringsbolag. Utredaren påminner om att redovisade bedömningar därför är osäkra och bygger på ett antal antaganden.

Det uppges att de privata sjukvårdsförsäkringarna står för en förhållandevis liten andel av finansieringen av hälso- och sjukvården, även om det ser olika ut inom olika vårdområden och regioner. De totala premieinbetalningarna till sjukvårdsförsäkringar uppgick, enligt utredaren, till cirka 3,57 miljarder kronor år 2019. Eftersom storleken på utbetalningarna från försäkringarna måste balanseras av premieinbetalningar, åtminstone sett över en längre tidsperiod, kan premieinbetalningarna, enligt utredaren, användas för att uppskatta hur mycket försäkringsbolagen betalar för vården. Då det i princip bara är patientavgifter som ersätts av sjukvårdsförsäkringarna inom offentligt finansierad vård kan en mycket stor del av utbetalningarna antas tillfalla de privata vårdgivare som försäkringsbolagen har avtal med. Utredaren har uppskattat hur stor del av de privata vårdgivarnas finansiering som kommer från sjukvårdsförsäkringar, utan att beakta att patientavgifterna omfattas. Det uppges medföra att uppskattningen tenderar att överskatta betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar för de privata vårdgivarna.

Det uppges att om inbetalda premier till privata sjukvårdsförsäkringar ställs i relation till den uppskattade omsättningen bland företagen inom hälso- och sjukvård 2019 motsvarar premierna ungefär 4 procent av omsättningen. Det indikerar, enligt utredaren, att sjukvårdsförsäkringar utgör en liten del av omsättningen bland vårdgivarna totalt sett. De ekonomiska effekterna av förslagen för vårdgivarna som kollektiv bör därmed, enligt utredaren, vara små. Det uppges att för de mindre privata vårdgivarna kan konsekvenserna av inkomstbortfallet från försäkringsbolagen alternativt en region få en större påverkan på vårdgivarens totala intäkter. Skulle samtliga premieinbetalningar antas gå till de 6 150 företagen inom specialistvården kan det, enligt utredaren, ses som en övre gräns för hur stor del av omsättningen i de företag som tar emot försäkringspatienter som i genomsnitt utgörs av betalningar från privata sjukvårdsförsäkringar. Anledningen till att det utgör en övre gräns för genomsnittet är, enligt utredaren, att premierna också finansierar patientavgifter och att en del av premierna finansierar andra typer av privat vård. Om premieinbetalningarna ställs i relation till den uppskattade omsättningen bland de 6 150 företagen inom specialistvården utgör premierna omkring 20 procent av företagens omsättning (3,57 miljarder kronor av en nettoomsättning på 17,78 miljarder kronor). För en vårdgivare med denna genomsnittliga fördelning av omsättningen står, enligt utredaren, sjukvårdsförsäkringar därför för ungefär 20 procent av omsättningen. Den genomsnittliga fördelningen av intäkter mellan försäkringar och andra inkomstkällor uppges kunna avvika beroende på situationen hos den enskild vårdgivaren. Det uppges finnas vårdgivare som är mer eller mindre beroende av intäkter från försäkringsbolag, de som är helt beroende av de intäkterna och de som inte alls är det.

Det uppges att förslagen inte medför ett förbud för privata sjukvårdsförsäkringar i allmänhet, men kan minska efterfrågan på sådana. Det kommer, enligt utredaren, ändå fortfarande att vara möjligt för dem som vill teckna en sådan försäkring och uppfyller försäkringsbolagens krav, att göra det. Trots att förslagen kan leda till att färre vårdgivare tillhandahåller vård på uppdrag av försäkringsbolagen, kommer det, enligt utredaren, med största sannolikhet att finnas ett antal privata vårdgivare som fortsätter att göra det. När privata vårdgivare som har avtal med försäkringsbolagen inte längre kan remittera patienter med sjukvårdsförsäkring till den offentligt finansierade vården kan försäkringsbolagens utgifter för vård visserligen antas öka något, eftersom vården hos privata vårdgivare kan förväntas vara dyrare för försäkringsbolagen än om fortsatt vård ges inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Det uppges vidare att förbudet mot remittering kommer att gälla för hela den privata vårdgivarens verksamhet och därför påverka samtliga patienter, det vill säga även patienter vars vård finansieras på annat sätt än genom privata sjukvårdsförsäkringar. När en privat vårdgivare har identifierat ett behov av vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kommer de patienterna fortfarande ha möjlighet att på egen hand kontakta en vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård och på så sätt få hjälp. Förslaget uppges heller inte påverka möjligheten att remittera till en annan privat vårdgivare som inte bedriver offentligt finansierad vård. Det kan förekomma att en offentligt finansierad vårdgivare remitterar en patient till en privat vårdgivare som har avtal om att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. En sådan remitterad patient kommer också, vid eventuellt behov av exempelvis eftervård, att fortfarande ha tillgång till den offentligt finansierade vården genom att själv vända sig tillbaka dit. Det uppges att om patientens vårdbehov bedöms som brådskande även av professionen inom den offentligt finansierade vården har regionen redan i dag en skyldighet att snarast möjligt tillhandahålla vård, trots avsaknad av remiss.

Enligt utredaren kommer sammanfattningsvis privata vårdgivare att påverkas av förslagen i olika stor omfattning. De ekonomiska effekterna för de privata vårdgivarna sett som kollektiv bör, enligt utredaren, vara små, medan konsekvenserna av inkomstbortfall kan få en stor på-

verkan på vissa vårdgivare. Utredaren uppger att möjligheten att erbjuda patienter med en sjukvårdsförsäkring annan vård än den vård som avtalet med en region omfattar kommer att finnas kvar, liksom möjligheten att ta emot patienter som bekostar sin vård på egen hand.

I konsekvensutredningen redovisas även ett resonemang om förslagets överensstämmelse med regeringsformen både avseende rätten till egendomsskydd och rätten till näringsfrihet. Gällande näringsfriheten uppges att den bara får inskränkas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig med det enda syftet att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredaren konstaterar att förslagen kan innebära en inskränkning i denna rättighet för de privata vårdgivarna. Genom förslagen begränsas möjligheten för privata vårdgivare att fritt välja finansieringsform. Privata vårdgivare som har avtal om att ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring påverkas här till av förbudet mot remittering. Förslagen innebär dock, enligt utredaren, inte ett förbud för privata vårdgivare att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Vidare uppges att det i förarbetena uttalas att det är av grundläggande betydelse för det moderna samhället att så långt som möjligt garantera näringsfriheten (prop. 1993/94:117 s.20) En begränsning i denna rättighet som avser att tillgodose angelägna allmänna intressen, såsom hälsovårdsintressen, uppges vara tillåten förutsatt att den inte införs för att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag (prop. 1993/94:117 s. 51). Utredarens förslag uppges syfta till att säkerställa att målbestämmelserna för hälso- och sjukvården följs. Dessa innebär att vård ska ges 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 också ges företräde till vården. Utredaren uppger att detta är ett angeläget allmänt intresse. Mot bakgrund av förslagets syfte anser utredaren att begränsningen i näringsfriheten får anses vara proportionerlig. Det uppges att förslagen är generellt utformade och syftar inte till att gynna någon person eller något företag. Den så kallade. Likhetsprincip som fastställs i 2 kap. 17 § RF åsidosätts då inte. Förslagen bedöms inte heller på annat sätt utgöra en otillåten inskränkning i rätten till näringsfrihet.

Regelrådet anser att redovisningen av förslagets påverkan på företagens verksamhet är knapphändig. Det finns förvisso redovisning om att de ekonomiska effekterna för de privata vårdgivarna sett som kollektiv, enligt förslagsställaren, bör vara små, medan konsekvenserna av inkomstbortfall kan få en stor påverkan på vissa vårdgivare. Regelrådet anser likväl att det inte är klarlagt vilka effekter förslaget får för kundföretagen och för de privata vårdgivarna och om företagen riskerar att behöva upphöra med sin verksamhet som vårdgivare. En sådan utveckling skulle, enligt Regelrådet, i sin tur även kunna påverka sysselsättningsgraden.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslagets andra kostnader är godtagbar, men att redovisningen av förslagets påverkan på företagens verksamhet är bristfällig.

Påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag

Regelrådet kan konstatera att det helt saknas redovisning av förslagets påverkan på företagens konkurrensvillkor, vilket är en anmärkningsvärd brist.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av förslagets påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag är bristfällig.

Regleringens påverkan på företagen i andra avseenden

I konsekvensutredningen finns viss redovisning av vilka övriga konsekvenser som förslaget medför, men det uppges dock ingenting om övrig påverkan på just företagen.

Regelrådet vill understryka vikten av att redovisa samtliga konsekvenser och även uppge om det saknas effekter av ett visst slag och varför. Det finns uppgifter i konsekvensutredningen om att förslaget inte påverkar sysselsättningen vilket är en uppgift som emellanåt redovisas som påverkan i andra avseenden. Regelrådet ifrågasätter dock förslagsställarens slutsats när det gäller påverkan på sysselsättningen och anser att ett sådant ställningstagande borde ha motiverats.

Regelrådet kan vidare konstatera att det föreligger flera brister i konsekvensutredningen, vilket gör att det inte går att utesluta att det föreligger påverkan på företagen även i andra avseenden.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av regleringens påverkan på företagen i andra avseenden är bristfällig.

Särskilda hänsyn till små företag vid reglernas utformning

Regelrådet kan konstatera att det helt saknas redovisning av dessa förhållanden.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av särskild hänsyn till små företag vid reglernas utformning är bristfällig.

Sammantagen bedömning

Regelrådet kan konstatera att förslagsställarens redovisning i de flesta avseenden är godtagbar och håller även god kvalitet. I två avseenden saknas dock helt redovisning, vilket är en tydlig brist. Detta gäller förslagets påverkan på konkurrensförhållandena samt särskild hänsyn till små företag. Regelrådet anser därutöver att redovisningen av påverkan på företagets verksamhet samt påverkan på företagen i andra avseenden är bristfällig.

När det gäller påverkan på företagets verksamhet och påverkan på konkurrensförhållandena anser Regelrådet att bristerna är särskilt allvariga. I fallet med verksamhetspåverkan kan det, enligt Regelrådet, inte uteslutas att förslaget påverkar de mindre, privata vårdgivarna på ett för verksamheten avgörande sätt. När det gäller konkurrenspåverkan kan Regelrådet konstatera att förslaget avser en inskränkning i företagets näringsfrihet när möjligheter att välja finansieringsform begränsas, liksom möjligheten att remittera patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring. När sådana förslag konsekvensutreds bör, enligt Regelrådet, en redovisning av påverkan på företagets konkurrensförhållanden vara självklar.

Regelrådet finner därför att konsekvensutredningen inte uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Stöd till regelgivare i konsekvensutredningsarbetet finns i [Tillväxtverkets handledning för konsekvensutredning](#).

Regelrådet behandlade ärendet vid sammanträde den 9 november 2022.

I beslutet deltog: Claes Norberg, ordförande, Anna-Lena Bohm, Hans Peter Larsson och Lennart Renbjer.

Ärendet föredrogs av: Annika LeBlanc.



Claes Norberg
Ordförande



Annika LeBlanc
Föredragande