

Lagrådsremiss

Ökad kontroll i hälso- och sjukvården

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 5 maj 2022

Lena Hallengren

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om en vård på lika villkor för hela befolkningen och om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad.

I lagrådsremissen föreslår regeringen att när regioner ingår avtal med en privat vårdgivare, som utöver regionen har ytterligare uppdragsgivare, ska det av avtalet framgå hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över från regionen och hur det som avtalats ska följas upp. Förslaget syftar främst till att säkerställa en god och patientsäker vård i de fall en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Vidare föreslås att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska få förelägga den som inte har fullgjort sin skyldighet att anmäla till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Samtidigt ska bestämmelsen om straffansvar för underlåtenhet att anmäla upphöra att gälla.

Regeringen föreslår också att primärvårdens grunduppdrag ska omfatta rehabiliterande insatser.

Bestämmelserna om möjligheten för IVO att besluta om föreläggande föreslås träda i kraft den 1 juli 2023 och övriga förslag den 1 januari 2024.

Innehållsförteckning

1	Beslut	3
2	Lagtext	4
2.1	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	4
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	6
3	Ärendet och dess beredning	7
4	Den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården	7
4.1	Privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hälso- och sjukvårdslagens målbestämmelser	8
5	Bättre verktyg och förutsättningar när regionen tecknar avtal med privata vårdgivare	10
6	Bättre efterlevnad av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret	21
7	Primärvårdens grunduppdrag ska omfatta rehabiliterande insatser	25
8	Förslagen om hur hälso- och sjukvården ska finansieras bör inte genomföras	28
9	Kunskapsinhämtning om privata sjukvårdsförsäkringar	30
10	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	31
11	Konsekvenser av förslagen	35
11.1	Konsekvenser för regionerna och kommunerna	35
11.2	Konsekvenser för företagen	37
11.3	Konsekvenser för staten	40
11.4	Konsekvenser för jämställdheten	40
11.5	Övriga konsekvenser	41
12	Författningskommentar	41
12.1	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	41
12.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	42
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)	45
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag (SOU 2021:80)	55
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna (SOU 2021:80)	57
Bilaga 4	Sammanfattning av den del av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen	58
Bilaga 5	Förteckning över remissinstanserna (SOU 2018:39)	59

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)¹
dels att 10 kap. 1 § ska upphöra att gälla,
dels att 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 28 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

28 a §

Inspektionen för vård och omsorg får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet enligt 2 kap. 1 eller 2 § att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §²

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,

2. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,

3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att anmäla verksamhet enligt 2 kap. 1 eller 2 §,

3. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller

4. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller

4. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

¹ Senaste lydelse av 10 kap. 1 § 2013:276.

² Senaste lydelse 2012:957.

2. Den upphävda 10 kap. 1 § gäller dock fortfarande för överträdelser som har skett före ikraftträdandet.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 13 a kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 15 kap. 2 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 a kap.

1 §¹

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,

2. se till att vården är lätt tillgänglig,

3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,

4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och

5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och

5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

15 kap.

2 §

Om en privat vårdgivare har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen, ska det av avtalet enligt 1 § framgå

1. hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över av regionen, och

2. hur det som avtalats enligt 1 ska följas upp.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

2. Bestämmelserna i 15 kap. 2 § tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna tillämpas dock om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 20 augusti 2020 att ge en särskild utredare i uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredaren skulle bl.a. föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring (dir. 2020:83). Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar överlämnade i september 2021 betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll* (SOU 2021:80) till regeringen, med förslag om bl.a. finansiering av hälso- och sjukvården och om hur uppgifter om hur hälso- och sjukvård finansieras kan samlas in från olika aktörer i syfte att förbättra kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

I denna lagrådsremiss behandlas förslagen i betänkandet SOU 2021:80. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2021/06996). Efter remissbehandlingen har Integritetsskyddsmyndigheten getts tillfälle att under hand yttra sig över förslaget i lagrådsremissen om bättre verktyg och förutsättningar när regionen tecknar avtal med privata vårdgivare (avsnitt 5). Myndigheten har inte haft några synpunkter på förslaget.

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* lämnade i delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) ett förslag om att primärvårdens grunduppdrag ska omfatta rehabiliterande insatser. Förslaget behandlades i propositionen *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164), men regeringen bedömde då att det inte borde genomföras. Förslaget behandlas på nytt i denna lagrådsremiss. En sammanfattning av denna del av betänkandet SOU 2018:39 finns i *bilaga 4*. Betänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 5*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2018/03436).

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om primärvårdens grunduppdrag (bet. 2020/21:SoU2 punkt 3, rskr. 2020/21:61). Enligt utskottet bör rehabilitering ingå i primärvårdens grunduppdrag. Frågan om rehabiliterande insatser behandlas i avsnitt 7.

4 Den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Den etiska plattformen infördes 1997 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Till grund för lagstiftningen låg Prioriteringsutredningens betänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). En huvuduppgift för Prioriteringsutredningen var att överväga vilka etiska principer som bör

ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Centralt för utredningen var hur målet om en god hälsa och vård på lika villkor för alla skulle kunna klaras av utan att nya resurser tillförs vårdområdet i den takt som gällt tidigare. Bedömningen var därför att frågan om prioriteringar under 1990-talet skulle komma att bli ännu mer central i debatten om sjukvården än den varit hittills. I direktiven angavs bl.a. att utredningen skulle diskutera vad som bör vara hälso- och sjukvårdens ansvarsområde, vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska stå för och vad den enskilda patienten själv bör betala.

De allmänna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården kallas också prioriteringsplattformen och består av tre grundläggande etiska principer.

- Människovärdesprincipen, dvs. att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen, dvs. att resurser ska fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, dvs. att en rimlig relation mellan kostnader och effekter, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter och olika åtgärder. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de andra två principerna använts.

Prioriteringsutredningen betonade att principerna är rangordnade och kan komma i konflikt med varandra. När så sker anger människovärdesprincipen den grundläggande yttre ramen för prioriteringar, medan behovs- och solidaritetsprincipen styr flertalet prioriteringar och kostnadseffektivitetsprincipen endast kommer till användning i särskilda situationer. Rangordningen är dock föremål för diskussion bland forskare och andra aktörer, där framför allt kostnadseffektivitetsprincipens roll har debatterats (se SOU 2021:80 s. 253).

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen är båda reglerade i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Av bestämmelsen framgår att 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. Kostnadseffektivitetsprincipen regleras i 4 kap. 1 § HSL, där det anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

4.1 Privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hälso- och sjukvårdslagens målbestämmelser

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar och hur de används

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar uppger att den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar uppgår till cirka 3,6 miljarder kronor. Privata sjukvårdsförsäkringar nyttjas till specialiserad öppenvård, där ortopedi är det vanligaste vårdområdet. Den vanligaste formen av försäkring (sex av tio) är arbetsgivarbetalda grupp-

försäkringar, följt av övriga gruppförsäkringar. De individuellt tecknade försäkringarna är minst vanliga. Antalet personer med en privat sjukvårdsförsäkring har ökat stadigt under de år det finns tillgänglig statistik på området, dvs. sedan år 2000. Den genomsnittliga årliga tillväxten har dock på senare år minskat jämfört med tidigare. I dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den grupp som har privata sjukvårdsförsäkringar är enligt utredningen främst män med högre inkomster än befolkningen som helhet, och privata sjukvårdsförsäkringar är vanligast i storstadsregionerna samt i Region Jämtland Härjedalen. Vidare ligger medelåldern för de försäkrade ganska nära medelåldern för arbetskraften i dess helhet (cirka 45 år). Det innebär att de med privat sjukvårdsförsäkring är underrepresenterade bland unga och äldre. De försäkrade tar i mindre utsträckning emot stöd från olika typer av hälsorelaterade försäkringar, såsom sjukpenning och sjukersättning (SOU 2021:80 s. 191).

De privata sjukvårdsförsäkringar som finns på den svenska marknaden beskrivs av utredningen som i huvudsak supplementära. Det innebär att försäkringarna ersätter kostnader för vårdinsatser som även erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. I viss utsträckning förekommer också komplementära sjukvårdsförsäkringar, vilka ersätter kostnader för insatser som inte omfattas av det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Den försäkringsfinansierade vården bedrivs av privata vårdgivare som också kan erbjuda offentligt finansierad vård på uppdrag av en eller flera regioner. Begreppen supplementär och komplementär förekommer i flera andra länders sjukvårdslagstiftning men saknar svensk rättslig definition. I de fall en vårdgivare har avtal med både försäkringsbolag och regioner förekommer det att dessa avtal tecknas med olika tidsramar. I avtalen med försäkringsbolagen är väntetiden för besök hos specialist till exempel ofta maximalt 7 arbetsdagar och för operation maximalt 14–21 arbetsdagar. Dessa avtal skiljer sig därmed åt från avtalen med regionerna, vilka ofta utgår från vårdgarantins rätt till vård inom 90 dagar (SOU 2021:80 s. 164). I vissa fall förekommer att den privata vårdgivarens verksamhet också är uppdelad utifrån de olika avtalen. Vårdgivaren kan t.ex. välja att skapa flera bolag, dvs. olika juridiska personer, men med gemensamt ägarförhållande. Detta förekommer även när verksamheten bedrivs fysiskt på samma plats och med samma personal. Ett krav är emellertid att en vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver särskilja sina faktureringar så att den privatfinansierade vården går att skilja från den vård som utförs med finansiering från det offentliga (SOU 2021:80 s. 222).

Hälso- och sjukvårdslagens allmänna målbestämmelser gäller för all hälso- och sjukvård

Av 15 kap. 1 § HSL följer att regioner – med bibehållet huvudmannaskap – får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen enligt HSL ansvarar för. I de fall som en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare, varav regionen är en, är regionen huvudman för den del av vårdgivarens verksamhet som omfattas av avtalet. Däremot är regionen inte huvudman för exempelvis privat finansierad verksamhet hos vårdgivaren.

Trots detta gäller bestämmelserna i 3 kap. HSL för all vård som bedrivs hos vårdgivaren, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad (se SOU 2021:80 s. 27 liksom t.ex. Inspektionen för vård och omsorgs förstudie 2020, s. 12 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 47). Det innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och att tillgången till vården inte ska påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.

5 Bättre verktyg och förutsättningar när regionen tecknar avtal med privata vårdgivare

Regeringens förslag: Om en privat vårdgivare har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen, ska det av avtalet mellan regionen och vårdgivaren framgå hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över av regionen och hur det som avtalats ska följas upp.

Utredningens förslag (SOU 2021:80) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Bland annat anges det inte uttryckligen i utredningens lagförslag att det ska vara fråga om en privat vårdgivare och inte heller att det ska vara fråga om negativ påverkan.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inget att invända mot förslaget.

Region Kronoberg anser att det är av stor vikt att tydliggöra regionernas ansvar för uppföljning och kvalitetssäkring av de privata vårdgivare som vid sidan av regionen tar emot uppdrag som finansieras privat, för att säkerställa en jämlik vård som utförs i enlighet med hälso- och sjukvårdens etiska plattform. *Region Värmland* anser att det är ett önskvärt och rimligt krav att regionen ska uppställa sådana villkor som föreslås. Eftersom det i lagen inte närmare anges hur avtalsvillkoren ska se ut, finns möjlighet för regionen att ställa relevanta och välvägdade krav, som är möjliga att följa upp och som inte leder till onödiga formalia för leverantörerna eller regionen. Även *Tjänstemännens centralorganisation (TCO)* tillstyrker och påpekar att regionerna redan i dag har en skyldighet att ställa särskilda avtalsvillkor och följa upp avtalen. *Region Dalarna* förstår utredningens förslag som att det endast ska gälla för avtal med privata vårdgivare. Enligt regionen vore det önskvärt att detta explicit regleras i lagtexten.

Svenskt Näringsliv, *Almega*, *Företagarna*, *Svensk försäkring* och *Vårdföretagarna* avstyrker förslaget och framför bl.a. att det är tveksamt om förslaget är förenligt med upphandlingsrätten. *Almega* och *Företagarna* framför också farhågor om att förslaget om att ge möjlighet till politiska regionledningar att ställa långtgående krav på privata utförare medför risk för att utformningen av avtalen politiseras.

Även *Region Halland* avstyrker förslaget. *Region Halland* påpekar att regionerna redan har möjlighet att via avtal se till att de patienter som regionen har betalningsansvaret för inte får andra vänt- och vårdtider än

de patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar. Regionen ser därför inget behov av den föreslagna lagstiftningen.

Upphandlingsmyndigheten framför att det inte finns något generellt upphandlingsrättsligt hinder mot att ställa krav på att vårdgivare lever upp till offentlighetslagstiftning vid kontraktets utförande. Inte heller finns det något principiellt hinder mot att regionerna ställer krav på att privata vårdgivare ska lämna information om även andra uppdragstagare så länge behovet av informationen har en tydlig koppling till de krav som ställs på vårdgivaren i upphandlingen. Myndigheten framför också att det är möjligt för upphandlande organisationer att begära att vårdgivare lämnar övergripande information om sin organisation. Att i upphandlingar ställa krav på att privata vårdgivare lämnar ut information även om andra vårdgivare än dem som man ingår avtal med, till exempel systerbolag, är däremot knappast möjligt. *Konkurrensverket* anser att det redan i dag är möjligt och lämpligt att regioner i samband med upphandlingar av verksamheter ställer krav på redovisning av vilka andra uppdrag och hänsyn som den upphandlade verksamheten kommer att omfattas av.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och *Region Västmanland* påpekar att det finns utrymme för tolkning av begreppet vårdgivare. Vårdgivaren kan, via en decentraliserad organisationsstruktur, i princip ha ett bolag för varje avtal och därigenom dölja att det finns andra uppdragsgivare.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) framför att förslaget torde förutsätta att regionen får mer insyn i vårdgivarens övriga uppdrag och frågar sig var gränsen går för regionernas befogenheter att få insyn i verksamheter som man inte själv har upphandlat.

Svenska Läkaresällskapet och *Svensk förening för allmänmedicin* påpekar att tydliga avtal, uppföljning och konsekvenser vid brister och avtalsbrott borde vara självklara i sammanhanget. Att utredningen nu visar på tydliga brister på detta område, samtidigt som man vill ge regionerna större ansvar och ställer större krav på hur uppföljning ska se ut, utan att visa på hur dessa kontroller ska genomföras, inger tveksamhet till att det kommer att kunna genomföras.

Skälen för regeringens förslag

Regionen ska aktivt se till att avtal utformas så att uppföljning och kontroll är möjlig

Bestämmelser om regionens möjlighet att ingå avtal med privata vårdgivare finns i flera författningar. Av 12 kap. 4 § regeringsformen följer att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt juridiska personer och enskilda individer. I 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, finns en motsvarande bestämmelse. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, preciseras ytterligare förutsättningar för regionerna att lämna över utförandet av hälso- och sjukvården till någon annan. HSL kan betraktas som en speciallag i relation till KL på så vis att den särskilt reglerar hur regionerna ska planera och organisera hälso- och sjukvården. I 15 kap. 1 § HSL regleras möjligheten för regionerna att, med bibehållet huvudmannaansvar, sluta avtal med någon annan om att bedriva hälso- och sjukvård för regionens räkning. I denna bestämmelse anges att det av avtalet ska framgå ”de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”.

När regionerna sluter avtal med privata vårdgivare om att utföra uppgifter enligt HSL sker det utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket. Det handlar då i huvudsak om lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV.

Enligt 10 kap. 8 § KL ska regionen kontrollera och följa upp verksamheten när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare. Om regionen sluter avtal med en privat utförare ska, enligt 10 kap. 9 § KL, regionen genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. I förarbetena till bestämmelsen anges att regionen i avtalet med den privata utföraren ska reglera vilken information som ska lämnas av den privata utföraren. Omfattningen av den information som ska lämnas blir beroende av bl.a. den överlämnade verksamhetens art, hur många regionmedlemmar – dvs. invånare i regionen – som är beroende av verksamheten och hur mycket skattemedel som går till verksamheten. För att bestämma insynens omfattning ska det, vid avtalets utformning, göras en avvägning mellan å ena sidan den privata utförarens intressen av exempelvis skydd för affärsmässiga förhållanden och å andra sidan allmänhetens intresse av hur verksamheten utförs. Exempel på sådan information som det kan bli aktuellt för kommunen eller regionen att tillförsäkra sig är uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata utförarens organisation och eventuella underleverantörer (prop. 2016/17:171 s. 421 f.).

När en region enligt 15 kap. 1 § HSL sluter avtal med någon annan om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen, i egenskap av huvudman för vården, försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården fortsatt hade bedrivits i egen regi. Det ska för patienterna inte spela någon roll om vården utförs av regionens egen verksamhet eller av t.ex. en privat vårdgivare med avtal med regionen när det gäller aspekter som tillgänglighet och vårdkvalitet. Patienterna ska känna sig trygga med att den offentligfinansierade vården inte påverkas negativt av vårdgivarens eventuella övriga uppdrag.

Regeringen bedömer att det finns en risk för att patienter i den offentlig finansierade hälso- och sjukvården påverkas negativt när regionen överlämnar uppgiften att erbjuda vård till en privat vårdgivare och den privata vårdgivaren även tar emot uppdrag från försäkringsbolag – och därmed även ska erbjuda vård till patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Att det i dag förekommer att privata vårdgivare erbjuder olika väntetidsgarantier för patienter med privat sjukvårdsförsäkring och offentlig finansierade patienter innebär en risk för att de offentlig finansierade patienternas besök prioriteras ned och att dessa patienter därmed får vänta längre på vård än de annars hade fått göra. Detta understryks av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys iakttagelse att privata vårdgivare som också tar emot patienter via privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalas med regionen för de offentlig finansierade patienterna (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 8).

Liksom *Region Kronoberg* anser regeringen att det är av stor vikt att regionernas ansvar för uppföljning och kvalitetssäkring av de privata vårdgivare som vid sidan av regionen tar emot uppdrag som finansieras privat tydliggörs. Detta bör göras för att i möjligaste mån säkerställa en jämställd och jämlik vård som utförs i enlighet med hälso- och sjukvårdens etiska plattform. Regionerna bör ta sitt ansvar som huvudmän genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivare som bedriver både offentlig-finansierad och privatfinansierad vård. En ökad tydlighet från huvudmännens sida kring hur gällande regelverk ska uppfyllas bidrar till ökad kunskap och ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Regionen anger genom villkor i avtal hur den privata vårdgivaren ska bedriva den offentligfinansierade vården. Regeringen anser att regionen i egenskap av huvudman behöver ställa mer ändamålsenliga krav på de privata vårdgivare som den ingår avtal med. Regionen behöver ha tillräckliga verktyg och förutsättningar för att kunna följa upp avtalet, så att det blir enkelt – även när vårdgivaren har flera uppdragsgivare – att följa upp hur de tjänster som beställts har utförts. Det är en förutsättning för en god affärsrelation att arbetet med uppföljning av avtalet sker löpande under hela avtalstiden. En effektiv uppföljning kräver redan i dag att resurser avsätts av regionerna. En välfungerande uppföljning kan dock bidra till en mer effektiv verksamhet vilket i sin tur kan leda till besparingar för regionen.

Krav i lag på nya avtalsvillkor när privata vårdgivare har flera uppdragsgivare

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar föreslår att om regionen överlämnar uppgifter till en vårdgivare som har andra uppdragsgivare än regionen, ska det av avtalet framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag men delar *Region Dalarnas* uppfattning om att det bör framgå explicit av lagtexten att förslaget handlar om situationen då en region ingår avtal med en privat vårdgivare – dvs. inte t.ex. med en annan region. Det framgår tydligt av betänkandet SOU 2021:80 att detta även är utredningens intention med förslaget. En vårdgivare är enligt definitionen i 2 kap. 3 § HSL statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Genom att i lagtexten ange att det är när en privat vårdgivare har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen som den nya bestämmelsen ska tillämpas, tydliggörs att de aktörer som omfattas av förslaget är helt privata utan något kommunalt eller statligt ägande. En privat vårdgivare kan t.ex. vara en enskild individ, ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk eller ideell förening eller en stiftelse, men däremot inte exempelvis ett hel- eller delägt kommunalt bolag eller en kommunal stiftelse eller förening.

Det framgår vidare av utredningens överväganden i betänkandet att det handlar om att säkerställa att den privata vårdgivarens övriga uppdrag inte ska påverka den offentligt finansierade vården på ett negativt sätt. Även detta bör förtydligas i lagtexten. Regeringens förslag innebär därmed att om en privat vårdgivare även har andra uppdragsgivare än regionen ska

det framgå av avtalet hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över.

Det är viktigt att regionerna kan ha förtroende för att de privata vårdgivarna gör sitt yttersta för att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. I den undersökning som Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har genomfört, framkommer att det i regel finns en god affärsrelation mellan regionerna och de privata vårdgivarna och att regionerna uttrycker ett stort förtroende för privata vårdgivare i stort. Av undersökningen framgår också att några regioner redan i dag reglerar i avtal vad som ska gälla när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur det då säkerställs att de olika uppdragen inte påverkar den offentligfinansierade vården. Inte alla regioner där det förekommer privatfinansierad vård gör dock detta, av olika skäl (se SOU 2021:80 s. 412). *Region Halland* påpekar att regionerna redan har möjlighet att via avtal se till att de patienter som regionen har betalningsansvaret för inte får andra vänte- och vårdtider än de patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar. Regeringen instämmer i detta men vill framhålla att det är viktigt att det finns tydliga villkor i avtalen om vad som gäller, vilket bl.a. underlättar en bra relation och dialog mellan regionen och den privata vårdgivaren. Eftersom det i den nya bestämmelsen inte närmare anges hur avtalsvillkoren ska se ut, finns möjlighet för regionen att ställa relevanta och välvägdade krav, som är möjliga att följa upp och som inte leder till onödiga formalia för leverantörerna eller regionen.

Det medicinska behovet ska styra

I 15 kap. 1 § HSL anges att det i avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Det anges dock inte vilka villkor som ska gälla utan det har överlämnats till regionen att bestämma utifrån de regler som gäller för upphandling och vad som ska upphandlas.

Förslaget innebär att det i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska regleras frågor som rör påverkan från den privata vårdgivarens eventuella övriga uppdragsgivare på den offentligfinansierade vården. Syftet med förslaget är att hindra att vårdgivarens andra uppdrag påverkar uppdraget från regionen på ett negativt sätt.

Bedömningen av vilka krav som är lämpliga att ställa måste avgöras utifrån avtalssituationen eftersom de privata vårdgivarnas verksamhet och omfattningen av uppdraget kan skilja sig åt. Regeringen föreslår därför inte att det i författning ska anges i detalj vilka villkor som ska regleras i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren.

Utredningen har beskrivit vilka villkor som den anser bör ingå i ett avtal mellan en region och en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare och då framför allt när denna bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Regeringen instämmer i att de villkor som utredningen lyfter är relevanta och, beroende på situationen i det enskilda fallet, skulle kunna ingå i avtal mellan regionen och privata vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Regeringen vill dock särskilt peka på betydelsen av att vården ges i enlighet med målen för hälso- och sjukvården liksom andra regler som en vårdgivare ska följa. Ett exempel på en sådan bestämmelse

är 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Av utredningens undersökning framkommer att det finns en uppfattning om att regionen tar sitt ansvar genom att säkerställa att avtalet följs och att regionen får den vård som den har upphandlat. Det skulle således inte spela någon roll om olika väntetider gäller för olika patienter. Regionen skulle därför inte heller behöva ha någon kunskap om vårdgivarens övriga uppdrag och hur dessa eventuellt påverkar den offentligfinansierade vården. Det intressanta för regionen skulle vara att avtalet följs, t.ex. utifrån vad som är avtalat om väntetider (SOU 2021:80 s. 412).

Den författningsreglerade vårdgarantin, och även avtalade tidsgränser, är underordnade behovs- och solidaritetsprincipen och bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL. Enligt regeringens uppfattning bör det av avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren framgå hur det säkerställs att patienter med t.ex. privat sjukvårdsförsäkring inte ges vård före offentligt finansierade patienter med större medicinskt behov. Information om hur den privata vårdgivaren säkerställer att det medicinska behovet alltid prioriteras – oavsett vad som i övrigt avtalats om väntetider – är därför av central betydelse och är exempel på vad som kan framgå av avtalet. Regeringen delar inte de farhågor som *Almega* och *Företagarna* framför, om att förslaget om att ge möjlighet till politiska regionledningar att ställa långtgående krav på privata utförare medför risk för att utformningen av avtalen politiseras. Med bibehållet huvudmannaskap överlämnar regionerna uppdraget att tillgodose befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov åt någon annan. Det är därför av stor betydelse att regionerna genom avtalen gör vad de kan för att i så hög grad som möjligt ta det ansvar för hälso- och sjukvården som åligger dem enligt lagstiftningen. Regionerna styrs i första hand av tvingande lagstiftning på flera områden, bl.a. upphandlings- och hälso- och sjukvårdsområdet.

Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren

Uppföljning av avtalet är en förutsättning för kvalitetssäkring av den verksamhet som regionen har lämnat över till en privat vårdgivare att utföra. Avtalsuppföljning syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. Det är viktigt att ett system för kontroll och uppföljning utformas i syfte att vara ändamålsenligt, kostnadseffektivt och enkelt för alla parter vid fullgörandet av deras förpliktelser.

Regionerna ska bedriva ett strategiskt och systematiskt arbete kring hur de följer upp och i praktiken kontrollerar de vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård på regionens uppdrag. Det är viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet. I detta ligger inte bara att formulera tydliga krav i upphandlingsdokumenten och i avtalen som går att följa upp, utan även att reglera hur den konkreta uppföljningen ska ske.

I KL anges att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten (se 10 kap. 8 § KL). Upphandlingsmyndigheten uttalar på sin webbplats att det kan strida mot likabehandlingsprincipen och ett öppet och objektiva upphandlingsförfarande att inte

säkerställa att leverantörens uppgifter kan kontrolleras. I avtalet mellan regionen och vårdgivare behöver det därför regleras hur de olika villkor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare ska följas upp. Regeringen föreslår, liksom utredningen, att detta ska anges i den nya bestämmelsen.

Svenska Läkaresällskapet och *Svensk förening för allmänmedicin* påpekar att tydliga avtal samt uppföljning och konsekvenser vid brister och avtalsbrott borde vara självklara i sammanhanget men att utredningen inte visat hur regionernas kontroll ska gå till och att det därför är tveksamt om förslaget kan genomföras.

Regeringen har viss förståelse för den skepsis som remissinstanserna uttrycker. Samtidigt är uppföljning av avtal med privata vårdgivare redan i dag en skyldighet som regionerna har. Regeringens uppfattning är att regionerna är angelägna om att den vård som överlämnas ska genomföras på bästa sätt åt dem som omfattas av regionens ansvar. Det är bara genom avtalsvillkor och uppföljning av avtalen som regionen kan säkerställa att så blir fallet. Den information som regionen får i samband med uppföljningen kan och bör regionen använda för att utvärdera verksamheten som bedrivs av den privata vårdgivaren. Det bör även utvärderas om avtalet har varit ändamålsenligt utformat. Denna information bör regionen använda för att avgöra hur vården ska bedrivas på bästa sätt. Informationen kan då ligga till grund för överväganden om huruvida regionen i framtiden ska bedriva verksamheten i egen regi, lämna över den till en privat vårdgivare igen eller förändra omfattning och innehåll i det som lämnas över till en privat vårdgivare.

Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen

Regeringen erfar att det kan finnas en osäkerhet om vilka krav som regionerna får ställa utifrån upphandlingsregelverket. Utredningen beskriver att det bl.a. finns en osäkerhet om huruvida regionerna verkligen får ställa krav som rör andra uppdragsgivare.

Upphandlande myndighet har som huvudregel stor frihet att formulera kraven på det som ska upphandlas. Det finns dock vissa begränsningar som följer av de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna.

Upphandlande myndigheter ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt genomföra upphandlingar på ett öppet sätt. Upphandlingar ska vidare genomföras i enlighet med principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet, dvs. att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas.

Avtalsvillkor kan endast avse den del av leverantörens verksamhet som omfattas av det som upphandlas. Det skulle kunna ifrågasättas om ett mer svepande krav som skulle avse även andra delar av verksamheten står i strid med proportionalitetsprincipen, eftersom det inte har tillräcklig anknytning till det som upphandlats (prop. 2006/07:128 s. 200). Som *Upphandlingsmyndigheten* påpekar finns inte något principiellt upphandlingsrättsligt hinder mot att regionerna ställer krav på att privata vårdgivare ska lämna information om även andra uppdragstagare så länge behovet av

informationen har en tydlig koppling till de krav som ställs på vårdgivaren i upphandlingen.

Syftet med den bestämmelse som föreslås är att regionen ska kunna ta sitt ansvar som huvudman för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att den privata vårdgivarens övriga verksamhet inte påverkar de offentligfinansierade patienterna negativt.

Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionen upphandlar av den privata vårdgivaren. Det handlar om information som rör just påverkan på den offentligfinansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är därmed att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Det kan vara svårt för regionerna att säkerställa och kontrollera detta utan att reglera det i avtalet. Till skillnad från *Svenskt Näringsliv*, *Almega*, *Företagarna*, *Svensk försäkring*, *Vårdföretagarna* och *Region Halland* bedömer regeringen att tydliga avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd och att förslaget således är nödvändigt för att det eftersträvade syftet ska uppnås. Genom att i lag ange att regionerna ska ställa dessa typer av krav när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kommer regionerna att ha stöd för att ställa dem, t.ex. i förhållande till vad som är reglerat om proportionalitetsprincipen.

SKR framför att förslaget torde förutsätta att regionen får mer insyn i vårdgivarens övriga uppdrag och frågar sig var gränsen går för regionernas befogenheter att få insyn i verksamheter som man inte själv har upphandlat. Upphandlingsmyndigheten påpekar bl.a. att det är möjligt för upphandlande organisationer att begära att vårdgivare lämnar övergripande information om sin organisation. Att i upphandlingar ställa krav på att privata vårdgivare lämnar ut information även om andra vårdgivare än dem som regionen ingår avtal med är däremot knappast möjligt. Det framgår av utredningens betänkande att uppgifter om en vårdgivares andra uppdragsgivare bör begränsas till en övergripande och icke-detaljerad redovisning. Regeringen konstaterar att regionen inte har något avtalsförhållande med den andra uppdragsgivaren och således inte ska ta del av några mer ingående uppgifter om den aktören.

IVO och *Region Västmanland* påpekar att det finns utrymme för tolkning av begreppet vårdgivare. Vårdgivaren kan, via en decentraliserad organisationsstruktur, i princip ha ett bolag för varje avtal och därigenom dölja att det finns andra uppdragsgivare. Regeringen instämmer i att en privat vårdgivare har möjlighet att dela upp sin organisation i olika avgränsade delar. Det framgår också av utredningens betänkande att en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan välja att bedriva verksamheten inom ramen för samma juridiska person eller att skapa flera bolag med olika juridiska personer men med gemensamt ägarförhållande (SOU 2021:80 s. 222 f.). Enligt definitionen av begreppet vårdgivare i 2 kap. 3 § HSL avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. I likhet med vad Upphandlingsmyndigheten anför vill regeringen påpeka att det är den privata vårdgivare (juridiska personen eller enskilda näringsidkaren) som faktiskt tecknar avtal med regionen som avses med förslaget och således inte t.ex. ett systerbolag till avtalsparten.

De nya bestämmelserna om avtalsvillkor och uppföljning avses komplettera befintliga bestämmelser i HSL. Det framgår redan av KL att avtal

med privata utförare ska följas upp, vilket också TCO har påpekat. Regionen överlämnar uppgifter till någon annan med bibehållet huvudmannskap. Det innebär att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att regionens huvudmannskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Regionen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna (se prop. 2016/17:43 s. 146).

Vissa regioner ställer redan liknande villkor. Utredningen har övervägt om de nya avtalsvillkoren skulle kunna medföra att det lämnas färre anbud och att det därmed blir en minskad konkurrens. Regeringen instämmer i utredningens bedömning om att risken för det är liten. De nya avtalsvillkoren handlar om att säkerställa en god och patientsäker vård. Regeringen vill betona att det är viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktperioden.

Sammanfattningsvis anser regeringen att förslaget är rimligt och proportionerligt, samt att det även i övrigt överensstämmer med det upphandlingsrättsliga regelverket.

Den kommunala självstyrelsen

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Regeringen bedömer att förslaget om att det i avtal mellan regionen och privata vårdgivare ska framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över på ett negativt sätt – samt att det som avtalats ska följas upp – innebär ett visst ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

I samband med införandet av de nya bestämmelserna i KL om uppföljning och insyn (nuvarande 5 kap. 3 § och 10 kap. 8 och 9 §§) uttalade regeringen att de föreslagna bestämmelserna utgör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen (prop. 2013/14 s. 87 f.).

Regeringen uttalade vidare följande.

Regeringens förslag i denna del utgår ifrån medborgarnas berättigade förväntningar att kommuner och landsting aktivt och strategiskt följer upp att de kommunala angelägenheterna som överlämnats till privata utförare sköts på ett tillfredställande sätt. En sådan uppföljning är också enligt regeringens mening central ur ett kommunaldemokratiskt perspektiv. Vidare har regeringen, utifrån utredningens arbete, kunnat konstatera att det i dagsläget finns brister i kommuner och landstings kontroll och uppföljning. De föreslagna inskränkningarna i självstyrelsen i denna del måste mot denna bakgrund anses vara nödvändiga.

Syftet med förslaget i lagrådsremissen är att regionerna ska kunna ta sitt ansvar som huvudmän för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att de privata vårdgivarnas övriga verksamhet inte påverkar de patienter som får offentligfinansierad vård negativt. De nya avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionerna upphandlar.

Det handlar om information som rör just påverkan på den offentlig-finansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för patienter vars vård är offentlig-finansierad. Regeringens uppfattning är att den nya bestämmelsen är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Utan information och kunskap kan det vara svårt för regionerna att följa upp om de aktuella patienterna verkligen får en god och patientsäker vård efter behov. Förslaget är således nödvändigt för att det eftersträvade syftet ska uppnås.

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har, liksom den utredning som låg till grund för den ovan citerade propositionen, kunnat konstatera att det finns vissa brister i regionernas hantering av avtal med privata utförare, såväl vad gäller utformning av kraven i avtalen som vad gäller uppföljningen. Förslaget bör leda till ökad kunskap för regionerna om de områden som upphandlas, som i sin tur kan leda till ökade möjligheter att fatta bra beslut om hur regionerna bäst kan organisera och styra verksamhet på området.

Regionerna är huvudmän för hälso- och sjukvården och har därmed det övergripande ansvaret för verksamheten. Detta ansvar gäller redan i dag. Regionerna behåller sitt huvudmannansvar när de sluter avtal med annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lag. Med bibehållet huvudmannaskap avses bl.a. att regionerna ska se till att den anlitate privata utföraren uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten (prop. 2013/14:118 s. 29). Hur regionerna ska gå till väga när de ser till att den anlitate privata utföraren uppfyller gällande bestämmelser framgår inte av lag. Att den föreslagna bestämmelsen anger att det ska ske inom ramen för avtal mellan regionen och den privata vårdgivaren, dvs. att det ska finnas vissa villkor i avtalen, får därför i sig anses vara ett nytt åtagande och därmed en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det är också frivilligt för regionen att lämna över vården till någon annan. Regionen kan välja att bedriva vården i egen regi.

Förslaget avser de situationer där vårdgivaren har flera uppdragsgivare och således inte alla avtalssituationer. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta. Av den enkät som utredningen har genomfört framkom att regionerna gemensamt uppgett sig ha cirka 500 avtal inom LOU och lika många inom LOV. Fördelningen skiljer sig dock åt mellan regionerna (se SOU 2021:80 s. 519). Primärvården är exkluderad från denna sammanställning. Hur många av dessa avtal som avser vårdgivare med andra uppdragsgivare är dessutom oklart – vissa regioner efterfrågar information om detta i dag, men flertalet gör det inte. Utredningen har också konstaterat att flera regioner redan skriver in dessa uppgifter i sina avtal. Förslaget innebär således inte nödvändigtvis förändringar för alla regioner.

Regioner kan behöva justera rutiner och stöddokument. Det handlar enligt utredningen om relativt få justeringar av befintliga dokument. Förslaget kan också medföra att regionerna kommer att utöka sin uppföljning av avtalet utifrån nya avtalsvillkor. Avtalsvillkoren behöver anpassas efter vad som upphandlas och dessa bedömningar behöver göras i varje enskilt fall. Detta är något som redan i dag sker kontinuerligt. Det kan handla om att det tillkommer avtalsvillkor om att regionen ska få ny information som säkerställer att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar den offentlig-finansierade vården. Eftersom förslaget syftar till att ge

regionen bättre verktyg och förutsättningar kommer det förhoppningsvis att kunna leda till en strategisk och effektiv planering och uppföljning.

Förslaget innebär sammantaget en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen genom att det reglerar att regionerna ska utforma sina avtal på hälso- och sjukvårdens område på ett visst sätt när en privat vårdgivare har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen. När inskränkningar i den kommunala självstyrelsen görs, innebär proportionalitetsprincipen att den för den kommunala självstyrelsen minst ingripande åtgärden ska väljas. Förslaget bedöms vara den minst ingripande åtgärden för att nå ändamålet. Den föreslagna bestämmelsen lämnar ett handlingsutrymme till regionerna kring hur ett avtal ska utformas. Bestämmelsen hade kunnat utformas på ett mer ingripande sätt, exempelvis genom att detaljerat ange vad en region ska reglera i avtalet och därmed även följa upp. Genom att ge regionen det handlingsutrymme och den valmöjlighet som bestämmelsen ger, bedömer regeringen att proportionalitetsprincipen på området uppfylls. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär ska också vägas mot de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose. Ett sådant nationellt intresse får anses vara att uppfylla målbestämmelserna och principerna i 3 kap. 1 § HSL, vilket är ett av syftena med förslaget.

Sammanfattningsvis bedömer regeringen att förslaget innebär ett proportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Personuppgiftsbehandling och sekretess

Regionerna behandlar redan i dag personuppgifter om vårdgivare som bedriver verksamhet i form av enskild firma. Förslaget innebär emellertid att även uppgifter om exempelvis hur vårdgivaren organiserar sin verksamhet och om eventuell överkapacitet kan komma att behandlas, i själva avtalet eller i samband med att vårdgivaren lämnar uppgifter till regionen i enlighet med krav om detta som tagits in i avtalet. Förslaget innebär däremot inte att några uppgifter som kan kopplas till enskilda patienter ska behandlas.

Generella regler om behandling av personuppgifter inom EU finns i EU:s dataskyddsförordning – Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen kompletteras av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Därutöver finns sektorsspecifik reglering

EU:s dataskyddsförordning utgår från att varje behandling av personuppgifter ska vila på en rättslig grund (artikel 6). Den rättsliga grunden för den personuppgiftsbehandling som sker i samband med att regionen ingår avtal med de aktuella privata vårdgivarna är att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e). Personuppgiftsbehandling är nödvändig för att regionen ska kunna kontrollera att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen överlämnat åt den privata vårdgivaren att utföra. Syftet med personuppgiftsbehandling är att säkerställa en patientsäker och jämlik vård för de

offentligfinansierade patienterna samt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över, vilket får anses vara av allmänt intresse. Grunden för, och även syftet med, behandlingen kommer med regeringens förslag att vara fastställd i nationell rätt på det sätt som krävs enligt artikel 6.3 i EU:s dataskyddsförordning.

För att regionerna ska kunna följa den föreslagna lagstiftningen är det nödvändigt att personuppgifterna kan behandlas. Den föreslagna ändringen syftar bl.a. till att säkerställa att patienter får vård efter behov och stöder därmed att hälso- och sjukvården är patientsäker och jämlik. De personuppgifter som kan behöva behandlas med anledning av den föreslagna regleringen bedöms vara förhållandevis harmlösa. Det är exempelvis inte fråga om behandling av sådana känsliga personuppgifter som avses i artikel 9 i EU:s dataskyddsförordning. Regeringen gör i och med det bedömningen att den personuppgiftsbehandling som aktualiseras när regionen avtalar med en privat vårdgivare om att till denne överlämna uppgifter är proportionell.

Sammantaget saknas det enligt regeringens bedömning behov av ytterligare reglering av den personuppgiftsbehandling som kommer att ske inom ramen för regionens avtalshantering.

De aktuella uppgifterna om enskilda som skulle kunna bli föremål för behandling bedöms omfattas av sekretessregleringen enligt 31 kap. 16 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Enligt bestämmelsen gäller sekretess för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden när denne har trätt i affärsförbindelse med en myndighet, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.

6 Bättre efterlevnad av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret

Regeringens förslag: Inspektionen för vård och omsorg ska få förelägga den som inte har fullgjort sin skyldighet att anmäla till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Beslut om sådana förelägganden ska få överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Den nuvarande straffbestämmelsen om möjligheten att utdöma böter i dessa situationer ska upphöra att gälla.

Utredningens förslag (SOU 2021:80) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningens förslag har en annan språklig utformning och hänvisar förutom till reglerna om anmälan enligt 2 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, även till föreskrifter som har meddelats i anslutning till upplysningsbestämmelsen i 3 § samma kapitel.

Remissinstanserna: En övervägande majoritet av de remissinstanser som har yttrat sig över förslaget tillstyrker eller har inget att invända mot det. *Region Jämtland Härjedalen* anser att det inte finns tillräckligt med

underlag i betänkandet för att kunna dra några slutsatser kring om förslaget är rimligt samt vilka eventuella konsekvenser det kan få.

Skälen för regeringens förslag

Behov av bättre förutsättningar för tillsynen över hälso- och sjukvården

En väl fungerande tillsyn av hälso- och sjukvården är grundläggande för allmänhetens förtroende för sjukvården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har som tillsynsmyndighet en central roll att uppmärksamma brister i patientsäkerheten och att agera utifrån dessa. Det är IVO och domstolar som kan konstatera om reglerna i PSL och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, följs, och som således kan ge aktörer ledning i fråga om hur den etiska plattformen med behovs- och solidaritetsprincipen ska tolkas.

En grundläggande förutsättning för att myndigheten ska kunna utföra sitt uppdrag är att det finns tillgänglig information om tillsynsobjekten. Om IVO inte får tillgång till uppgifter om vilka verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i landet, saknas möjligheter för myndigheten att granska och bl.a. uppmärksamma brister och risker för patienterna.

Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret

IVO utövar tillsyn över all hälso- och sjukvårdsverksamhet, med undantag för den som bedrivs inom Försvarsmakten. Tillsynen omfattar även sådan laboratorieverksamhet m.m. som inte är att anse som hälso- och sjukvård (7 kap. 1 och 2 §§ PSL). Den verksamhet som står under IVO:s tillsyn är skyldig att på begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn (7 kap. 20 § PSL). Detta förutsätter dock att IVO vet om att uppgifterna behöver inhämtas från just de aktörerna.

Enligt 2 kap. 1 § PSL ska den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn anmäla verksamheten till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. Av 2 § samma kapitel följer att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas ska anmälan göras inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska detta snarast anmälas till IVO. Av 2 kap. 4 § PSL framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över de anmälda verksamheterna. Det sker i det s.k. vårdgivarregistret. I 2 kap. patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område anges bl.a. vilka uppgifter som anmälan ska innehålla.

Till skillnad från hur det förhåller sig på andra områden krävs inte ett tillstånd från IVO för att bedriva hälso- och sjukvård, utan lagstiftaren ansåg att ett anmälningsförfarande för hälso- och sjukvårdsverksamhet är ett bättre alternativ än en tillståndsprövning (prop. 1995/96:176 s. 69 f.).

I förarbetena till bestämmelserna om anmälningskyldighet anges att syftet med anmälan till vårdgivarregistret är att ge grundläggande information till Socialstyrelsen (som då var tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården innan ansvaret flyttades till IVO 2013). Det blir sedan en fråga för tillsynen att följa upp och kontrollera hur verksamheten sköts (a. prop. s. 49). I förarbetena anges att anmälan ska innehålla grundläggande upp-

gifter för att tillsynsmyndigheten ska kunna få en uppfattning om vilken typ av verksamhet det är fråga om. Det konstateras även att ett sådant begränsat uppgiftslämnande ger ett underlag för att kunna bedöma verksamhetens risknivå och bedöma det framtida behovet av tillsyn (a. prop. s. 72). I förarbetena uttalas också att eftersom anmälan endast innehåller basuppgifter om verksamheten ska kravet på anmälan i första hand ses som ett signalsystem. Regeringen uttalade att det för tillsynsmyndighetens del innebär väsentliga fördelar att få förhandsinformation i stället för att ställas inför fullbordat faktum. Det kan också vara bra för vårdgivaren att i planeringsfasen tvingas precisera sådana grundläggande frågor som ska redovisas i anmälan och att tidigt få en kontakt med tillsynsmyndigheten (a. prop. s. 76).

Genom anmälningsskyldigheten och det vårdgivarregister som IVO ansvarar för, får IVO således kännedom om de verksamheter som myndigheten har tillsynsansvar över.

Vårdgivarregistret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. I patientsäkerhetsförordningen anges att registret bl.a. får innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning och omfattning. Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter.

För att vårdgivarregistret ska kunna uppfylla sitt syfte behöver det vara komplett. I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande Krav på privata aktörer i välfärden (SOU 2015:7) anges att det inte är möjligt att uppege det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret. Ägarprövningsutredningen bedömde att vårdgivarregistret täckte ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.

Regeringen anser att det behövs verkningfulla sanktioner för att säkerställa att anmälan sker på det sätt som är föreskrivet. I dag gäller en straffbestämmelse med innebörd att den som uppsåtligt eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter (10 kap. 1 § PSL).

Enligt uppgift från IVO har myndigheten inte polisanmält någon vårdgivare för att denne inte har anmält till vårdgivarregistret. Det kan därför ifrågasättas om nuvarande sanktion i form av straff är lämplig och vilken preventiv effekt det har att bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret är straffbelagda.

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har gjort en förnyad prövning av vilken sanktion som bör användas för att komma till rätta med brister i anmälan till vårdgivarregistret. I stället för straff finns administrativa sanktioner som kan användas för att styra beteenden. Det kan vara förelägganden som får förenas med vite och sanktionsavgifter som beslutas av myndighet eller förvaltningsrätt.

Vite är ett hot om att ett betalningsansvar kan uppstå om föreläggandet inte följs, vilket alltså innebär att vitet är avsett att styra någons beteende i ett enskilt fall för framtiden. Vitet ska fastställas till ett belopp som med hänsyn till vad som är känt om adressatens ekonomiska förhållanden och till omständigheterna i övrigt kan antas förmå honom att följa det föreläggande som är förenat med vitet. Allmänna bestämmelser om vite finns i lagen (1985:206) om viten. Enligt 6 § prövas frågor om utdömande av viten som regel av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

Sanktionsavgift är en form av påföljd för överträdelse av särskilda författningsbestämmelser och som betalas till det allmänna. Genom sin preventiva effekt kan den motverka överträdelse. En sanktionsavgift kan användas oavsett om det i det särskilda fallet har uppstått någon ekonomisk fördel eller inte.

En förutsättning för att kunna införa bestämmelser om sanktionsavgift är att det är tydligt och förutsebart i vilka situationer en sanktionsavgift kan tas ut.

Enligt regeringens mening är det inte acceptabelt att verksamheter inte anmäls till vårdgivarregistret. Att inte anmäla en verksamhet leder till att IVO:s tillsyn av vårdgivarens verksamhet försvåras. En anmälan ska innehålla uppgifter som har betydelse för tillsynen. En effektiv sanktion signalerar vikten av att göra föreskriven anmälan.

Regeringen föreslår att nuvarande straffsanktion ska ersättas av en administrativ sanktion och att straffbestämmelsen i 10 kap. 1 § PSL ska upphävas. Utredningen har bedömt att det är lämpligt att börja med ett system med föreläggande som kan förenas med vite. Regeringen instämmer i denna bedömning.

I lagrådsremissen föreslås således att IVO ska få möjlighet att besluta om förelägganden i de fall reglerna om anmälan till vårdgivarregistret inte följs och att föreläggandena ska få förenas med vite. Enligt definitionen av vårdgivare i 2 kap. 3 § HSL avses med vårdgivare statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Avsikten är dock inte att IVO ska rikta vitesförelägganden mot staten.

IVO har redan i dag möjlighet att meddela förelägganden och förena dem med vite på andra områden och har således stor erfarenhet av hur sådana beslut bör utformas. Motsvarande regelverk finns i bl.a. 13 kap. 8 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453). Enligt den bestämmelsen får IVO förelägga den kommun eller den region som inte har fullgjort sin skyldighet att anmäla verksamhet enligt 7 kap. 1 § andra stycket socialtjänstlagen att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite. Enligt regeringen bör den nya paragrafen i PSL utformas med 13 kap. 8 § andra stycket socialtjänstlagen som förebild.

Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite ska bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med eventuellt vite ska meddelas. En sådan bedömning kan t.ex. ta sin utgångspunkt i vad som framkommit i myndighetens dialog med den som ska anmäla och hur sannolikt det bedöms vara att en anmälan sker. I lagen om viten anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat (se 2 §).

I likhet med andra förelägganden som IVO meddelar ska även förelägganden som rör anmälan till vårdgivarregistret kunna överklagas. Regeringen föreslår att detta ska framgå av 10 kap. 13 § PSL.

7 Primärvårdens grunduppdrag ska omfatta rehabiliterande insatser

Regeringens förslag: Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

Utredningens förslag (SOU 2018:39) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att det i primärvården ska tillhandahållas rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser. Utredningen föreslår vidare att bestämmelsen ska placeras i förordning.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans avstyrker förslaget. *Fysioterapeuterna* anser att samverkan mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård behöver förtydligas, inte minst vad gäller rehabiliteringsinsatser. *Region Sörmland* anser att rehabilitering är ett område som många gånger är eftersatt och som lyfts fram alltmera som en betydelsefull del av behandling i många sjukdomstillstånd. Det får anses vara bra att rehabiliteringen ska kunna ske nära patienten, men även inom detta område måste det ske ett betydande samarbete med regionernas övriga rehabiliteringsresurser för bästa möjliga resultat. *Region Västernorrland* saknar en mer utförlig beskrivning av kommunernas roll när det gäller rehabilitering.

Skälen för regeringens förslag

Primärvårdens grunduppdrag

Den 1 juli 2021 trädde bestämmelser i kraft som tydliggör primärvårdens grunduppdrag. Enligt 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som utgör primärvård, särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslog i betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) att grunduppdraget skulle regleras i förordning och även omfatta rehabiliterande insatser. Eftersom rehabilitering sker både i primärvård, med såväl region som kommun som huvudman, och i den övriga vården, ansåg utredningen att det fanns ett behov av att tydliggöra att samma principer gäller rehabilitering som övrig hälso- och sjukvård, dvs. att primärvården svarar för all rehabilitering som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I efterföljande lagstiftningsarbete ansåg regeringen att primärvårdens grunduppdrag skulle regleras i lag. Beträffande förslaget om rehabiliterande insatser ansåg regeringen att gränsen för vilken slags rehabilitering som primärvården ansvarar för redan framgår av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL. Något annat skäl för att särskilt reglera rehabilitering som en del av primärvårdens grunduppdrag hade enligt regeringen inte framkommit och regeringen bedömde därför att utredningens förslag i denna del inte borde genomföras (prop. 2019/20:164 s. 86).

Rehabiliteringsinsatser inom ramen för den etiska plattformen

Enligt de prioriteringsgrupper som regeringen har fastslagit och som bygger på den etiska plattformen är rehabilitering högt prioriterat – före vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. I propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) anförde regeringen att habilitering och rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamheter och följer prioriteringsgrupperna. Rehabilitering kan exempelvis utgöra en viktig del i omhändertagandet vid vissa tillstånd av livshotande natur liksom vid vissa kroniska sjukdomar och ingår då i prioriteringsgruppen för det tillstånd det gäller i det enskilda fallet (prop. 1996/97:60 s. 35 f.).

Det finns stora behov av rehabiliteringsinsatser

I rapporten *Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser* (2021) lyfter Socialstyrelsen fram att coronapandemin bl.a. har orsakat uppdämda behov av rehabilitering och att behoven av rehabilitering i den kommunala hälso- och sjukvården ökar till följd av covid-19. Hälso- och sjukvården behöver därför planera för omfattande och långvariga rehabiliterande insatser. Vidare skriver Socialstyrelsen att ett nytt vårdbehov som uppstått under pandemin är patienter med postcovid-symtom. Fler yngre än äldre uppsöker vård för postcovid, men symtomen är svårare hos äldre och hos personer som sjukhusvårdats för covid-19. Många har behov av rehabilitering för att återfå sin hälsa och funktionsförmåga och flera kunskapsstöd har tagits fram för att säkerställa att patienternas behov uppmärksammas och att de får ett gott omhändertagande på rätt vårdnivå.

Generellt sett omfattar privata sjukvårdsförsäkringar rehabiliteringsinsatser. Närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda grupp-försäkringar (se SOU 2021:80 s. 161 f.). Det får därför antas att försäkringarna omfattar sådana insatser som det – bl.a. ur ett arbetsgivarperspektiv – finns särskilt stora behov av.

Regeringen kan konstatera att rehabiliterande insatser ska vara högt prioriterade men att, som *Region Sörmland* lyfter i sitt remissvar, det är ett område som visat sig många gånger vara eftersatt. Insatserna kommer dessutom att, med anledning av bl.a. coronapandemin, under överskådlig framtid få en än större betydelse för omhändertagandet av sviterna av olika sjukdomstillstånd och för att i förekommande fall möjliggöra återgång i arbete. Ur det perspektivet finner regeringen att det nu finns skäl att, på det sätt som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har föreslagit, i lagstiftningen tydliggöra att även rehabiliterande insatser är en del av primärvårdens grunduppdrag. Detta ligger också i linje med den uppfattning riksdagen har uttryckt genom ett tillkännagivande till rege-

ringen. Riksdagen har i samband med behandlingen av propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) tillkännagett att bl.a. rehabilitering bör ingå i primärvårdens grunduppdrag (bet. 2020/21:SoU2 punkt 3 rskr. 2020/21:61).

Som anges ovan är behoven av rehabiliterande insatser i hälso- och sjukvården stora. Regeringen har uttalat att ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården framför allt är att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag (prop. 2019/20:164 s. 75). Det framgår förvisso redan av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Enligt regeringens mening hindrar dock inte det att rehabilitering anges som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att rehabiliterande åtgärder ska ges utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser. I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) behandlades ett liknande förslag om förebyggande insatser som en del av primärvårdens grunduppdrag. Där konstaterade regeringen att hälso- och sjukvården ska respektera patientens självbestämmande och integritet och att den så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § patientlagen). Det betyder emellertid inte att patienten själv ska få bestämma vilken vård eller vilka insatser som ska ges. Vården och behandlingen ska alltid ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och patientens medverkan får inte innebära att dessa krav eftersätts. Eftersom begreppen behov och preferenser därmed kan riskera att tolkas som motstridiga föreslog regeringen att förebyggande insatser inte ska tillhandahållas utifrån patientens preferenser (prop. 2019/20:164 s. 81). Regeringen gör motsvarande bedömning i det nu aktuella lagstiftningsärendet och föreslår därmed att det av bestämmelsen om grunduppdraget ska framgå att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. Regeringen har inte heller någon annan uppfattning än tidigare i frågan om huruvida primärvårdens grunduppdrag ska regleras i lag eller i förordning, utan föreslår att den nya punkten om rehabiliterande insatser ska föras in i 13 a kap. 1 § HSL.

Region Sörmland påpekar att det får anses vara bra att rehabiliterande insatser kan ske nära patienten, men att det måste ske ett betydande samarbete med regionernas övriga rehabiliteringsresurser för bästa möjliga resultat. Regeringen kan konstatera att primärvården – med sitt breda uppdrag – är en del i ett större och komplext system. Det är viktigt att arbetet inte sker i stuprör utan att hela systemets olika kompetenser och delar kan samverka för att åstadkomma en god och säker hälso- och sjukvård åt befolkningen.

Fysioterapeuterna anser att samverkan mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård behöver förtydligas inte minst vad gäller rehabiliteringsinsatser, och *Region Västernorrland* saknar en mer

utförlig beskrivning av kommunernas roll när det gäller rehabilitering. I ovan nämnda proposition om prioriteringar i hälso- och sjukvården pekade regeringen på att även den verksamhet ingår som kommunerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän genom Ädelreformen är skyldiga att bedriva, dvs. främst rehabiliteringen av äldre. Åtgärderna inom detta område syftar till att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov genom att möjliggöra för patienten att i största möjliga utsträckning sköta sig själv och vara oberoende (prop. 1996/97:60 s. 36). Regeringen instämmer i att det är viktigt att regioner och kommuner samverkar inom de områden som huvudmännen har ett gemensamt ansvar för, huvudsakligen inom primärvårdens område. När det gäller rehabiliterande insatser markeras detta ännu tydligare genom den föreslagna regleringen.

Regeringen vill också understryka att sedan den 1 februari 2020 ska en region erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet, enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.

8 Förslagen om hur hälso- och sjukvården ska finansieras bör inte genomföras

Regeringens bedömning: Förslaget om att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart får finansieras med offentliga medel om inte annat följer av lag bör inte genomföras. Förslaget om att uppgifter som har överlämnats från regionen till någon annan enbart ska finansieras med offentliga medel och patientavgifter bör inte heller genomföras.

Utredningens förslag (SOU 2021:80) överensstämmer inte med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart får finansieras med offentliga medel om inte annat följer av lag samt att uppgifter som har överlämnats från regionen till någon annan enbart ska finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inget att invända mot förslagen.

Region Halland ser inte att privata sjukförsäkringar i dag utgör något faktiskt problem och avstyrker att lagstiftning införs på området. *Region Jämtland Härjedalen* anser att det inte finns tillräckligt med underlag i betänkanudet för att kunna dra några slutsatser kring om förslagen är rimliga samt vilka eventuella konsekvenser de kan få. *Socialstyrelsen* anser att det behöver säkerställas att regionerna faktiskt har ett författningsstöd att använda sig av med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster innan den nya lagstiftningen kan träda i kraft. *Sveriges Kommuner och Regioner*

(SKR) påpekar att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller upphandlar i princip redan i dag finansieras enbart med offentliga medel. Risken är snarare motsatsen, att offentliga medel finansierar privata patienter där kostnaden borde ha belastat försäkringsbolaget i stället. En lagstiftning som reglerar detta på motsvarande sätt borde därför också tas fram. *Lunds universitet* påpekar att den föreslagna regleringen kan innebära att en svensk vårdgivare är förhindrad att erbjuda vård till en patient från ett annat medlemsland inom EU. Det är nämligen inte ovanligt att sådan vård betalas av den enskilda vårdtagaren, som sedan – på motsvarande sätt som i Sverige – får reglera frågan om ersättning i hemlandet. I praktiken skulle således enligt universitetet den föreslagna regleringen strida mot EU-fördragets bestämmelser om fri rörlighet för vårdtjänster.

Flera regioner, däribland *Region Stockholm* och *Region Skåne*, påpekar att det förekommer att privata donationer lämnas vilket bör beaktas samt att det bör belysas huruvida detta ska regleras. *Region Östergötland* framhåller att det behöver förtydligas vad som gäller för dem som reser med egen försäkring, exempelvis turister, utbytesstudenter, egna företagare och vissa utländska arbetstagare. *Region Stockholm* bedömer att förslaget om vård som bedrivs i regionens egen regi är otydligt och vill ha ett klargörande av syftet med förslaget samt om det är proportionerligt i förhållande till den begränsade förekomsten av annan finansiering.

Skälen för regeringens bedömning: Som Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar uppger finns det inget som talar för att regioner i egen regi utför vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Det förekommer dock att regioner tar emot privat finansiering på andra sätt, t.ex. i samband med tjänsteexport. Tjänsteexport avser här regionernas erbjudande om främst högspecialiserad vård till patienter från ett annat land. Den vården kan t.ex. betalas av den enskilde eller ett försäkringsbolag. Tjänsteexporten möjliggörs genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Det finns även viss annan vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.

Vad gäller patientavgifter är det särskilt reglerat i lag att regionerna får ta ut dessa (se 17 kap. HSL och 2 kap. 5 § kommunallagen [2017:725]).

Flera regioner, däribland *Region Stockholm* och *Region Skåne*, påpekar att det förekommer att privata donationer lämnas vilket bör beaktas samt att det bör belysas huruvida detta ska regleras. Vidare anser *Socialstyrelsen* att det behöver säkerställas att regionerna faktiskt har ett författningsstöd att använda sig av avseende med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster innan den nya lagstiftningen kan träda i kraft.

Utredningens förslag förutsätter att det ska finnas stöd i lag för att hälso- och sjukvård i regionens egen regi ska få finansieras med annat än offentliga medel. Det räcker således inte att konstatera att privata donationer eller möjliggörande av med- eller egenfinansiering inte är olagligt. Utredningen har inte tydliggjort huruvida denna typ av finansiering har stöd i lag. Regeringen konstaterar också – liksom *Lunds universitet* gör – att det

finns risk att svenska vårdgivare förhindras att erbjuda vård till patienter från andra medlemsländer inom EU, då sådan vård inte sällan betalas av enskilda vårdtagare, som sedan får reglera frågan om ersättning i hemlandet. Den föreslagna regleringen skulle därför strida mot EU-fördragets bestämmelser om fri rörlighet för vårdtjänster. Även *Region Östergötland* framhåller att det behöver förtydligas vad som gäller för dem som reser med egen försäkring, exempelvis turister, utbytesstudenter, egna företagare och vissa utländska arbetstagare.

Liksom *Region Jämtland Härjedalen* anser regeringen att det är svårt att utan mer omfattande underlag bedöma förslagets konsekvenser. Regeringen vill också, i likhet med *SKR*, påpeka att risken inte i första hand handlar om att vård som bedrivs i regional regi eller av en privat vårdgivare enligt avtal med regionen finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privat finansiering, utan tvärtom att offentliga medel finansierar vård av patienter där kostnaden i stället borde ha belastat en annan uppdragsgivare, t.ex. ett försäkringsbolag. Som *Region Stockholm* påpekar kan det därför ifrågasättas om förslagen är proportionerliga.

Mot bakgrund av ovanstående resonemang bedömer regeringen att förslagen inte bör genomföras.

9 Kunskapsinhämtning om privata sjukvårdsförsäkringar

Förslagen i denna lagrådsremiss syftar bl.a. till att sätta tydliga ramar för hur offentliga uppgifter kan överlämnas på ett sätt som säkerställer att bl.a. behovs- och solidaritetsprincipen kan upprätthållas. Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har även lämnat flera förslag om hur information kan inhämtas om hur vården finansieras och i vad mån en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen. Utredningen har också konstaterat att det utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan finnas behov av ytterligare åtgärder och att förslaget således ska betraktas som ett första steg i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80 s. 34).

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare data och kunskaper om bl.a. förekomst och omfattning av privata sjukvårdsförsäkringar och instämmer i att den information som utredningen föreslår ska inhämtas är väsentlig för att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Regeringen avser att hantera frågan i särskild ordning.

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Bestämmelserna om möjligheten för Inspektionen för vård och omsorg att besluta om föreläggande ska träda i kraft den 1 juli 2023 och övriga förslag den 1 januari 2024.

Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte tillämpas på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna ska dock tillämpas om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

Den upphävda bestämmelsen om straffansvar ska fortfarande gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande.

Utredningens förslag (SOU 2021:80) överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår att samtliga lagändringar ska träda i kraft den 1 januari 2023. Utredningen föreslår vidare att den nya bestämmelsen om avtalsvillkor inte heller ska gälla för avtal som förlängs efter ikraftträdandet.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna har avstått från att yttra sig över förslagen.

Upphandlingsmyndigheten understryker att regionerna måste ges tillräcklig tid att utarbeta de nya avtalsvillkoren från den tidpunkt där riksdagen beslutar de nya lagkraven, eftersom förberedelserna av dessa upphandlingar även kan behöva inbegripa marknadsdialog med vårdgivarna. Myndigheten påpekar också att vid ändringar av upphandlingslagstiftningen tillämpas normalt övergångsbestämmelser som innebär att äldre regler ska tillämpas på upphandlingar som påbörjats före ikraftträdandetidpunkten. *Lunds universitet* anser att utredningen borde ha belyst i vilken utsträckning de föreslagna övergångsbestämmelserna utgör en konkurrensnackdel för nya vårdgivare.

Utredningens förslag (SOU 2018:39) överensstämmer inte med regeringens. Utredningen föreslår ett ikraftträdande den 1 juli 2020.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inte yttrat sig särskilt om ikraftträdandet av förslaget om rehabilitering som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Skälen för regeringens förslag

Förslaget om avtalsvillkor

Den rådande bristen på ändamålsenliga och tydliga regler om användningen av privata sjukvårdsförsäkringar inom den i övrigt offentligt finansierade hälso- och sjukvården har skapat en osäkerhet om rättsläget. Samtliga lagförslag syftar ytterst till att säkerställa en god och patientsäker vård och bör därför genomföras så snart som möjligt.

När det gäller förslaget om avtalsvillkor (avsnitt 5) understryker *Upphandlingsmyndigheten* att regionerna måste ges tillräcklig tid att utarbeta de nya avtalsvillkoren från den tidpunkt där riksdagen beslutar de nya lagkraven, eftersom förberedelserna av dessa upphandlingar även kan behöva inbegripa marknadsdialog med vårdgivarna. Regeringen instämmer i behovet av god framförhållning i denna del och anser därför, med

hänsyn tagen även till mellanliggande riksdagsval, att detta förslag bör träda i kraft den 1 januari 2024. Det bör ge tillräckligt med tid för de aktörer som berörs att förbereda sig. Det är viktigt att berörda myndigheter och t.ex. Sveriges Kommuner och Regioner inom ramen för sina verksamheter verkar för att informera om förändringarna.

När bestämmelserna träder i kraft kommer det att finnas avtal som redan har ingåtts mellan regioner och privata vårdgivare. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som har ingåtts efter lagens ikraftträdande. Utredningen bedömer därför att de nya bestämmelserna inte ska gälla retroaktivt för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Överlämnad verksamhet ska således fortsatt kunna bedrivas utifrån vad som anges i avtalet. Upphandlingsmyndigheten påpekar att vid ändringar av upphandlingslagstiftningen tillämpas normalt övergångsbestämmelser som innebär att äldre regler ska tillämpas på upphandlingar som påbörjats före ikraftträdandetidpunkten. Regeringen konstaterar att många avtal om hälso- och sjukvårdstjänster föregås av ett förfarande enligt bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, dvs. inte av en sedvanlig upphandling, och ställer sig därför bakom utredningens förslag. Av tydlighetsskäl bör det således av en särskild bestämmelse framgå att de nya bestämmelserna inte ska tillämpas på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

Det finns inte något som hindrar regionerna från att redan före ikraftträdandet använda sig av de föreslagna avtalsvillkoren vid ingående av nya avtal. Som framgått av utredningens undersökningar har vissa regioner redan liknande avtalsvillkor.

Vad gäller avtal som tecknats enligt LOV finns det ett större upphandlingsrättsligt utrymme att i vissa fall lägga till de nya villkoren i befintliga avtal än vad som gäller enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU. Inom ramen för LOV har regionerna möjlighet att ändra avtalsvillkoren under en avtalsperiod, under förutsättning att den rätten framgår av avtalet.

I en situation där det är lång tid kvar av avtalet, eller där nya leverantörer vill ansluta till vårdvalet, kan det ur likabehandlingsskäl vara lämpligt för regionerna att införa de föreslagna kraven i befintliga avtal. Detta bör dock inte särskilt regleras i övergångsbestämmelserna, utan får avgöras från fall till fall av respektive region.

I fråga om avtal som har ingåtts före ikraftträdandet och som förlängs efter ikraftträdandet föreslår utredningen att de nya bestämmelserna om avtalsvillkor inte heller ska gälla.

Upphandlingsrättsligt är det inte tillåtet att hur som helst ändra ett avtal som förlängs. När det gäller förlängning av avtal som tecknats enligt LOU är möjligheterna att ändra avtalsvillkor begränsade, då allt för stora förändringar innebär att det är fråga om ett helt nytt avtal, vilket behöver konkurrensutsättas på nytt. Som beskrivs ovan är möjligheterna till ändring däremot större för avtal som har tecknats enligt LOV.

Vad som ska gälla vid förlängning av avtal mellan en kommun eller region och en privat utförare har behandlats i tidigare lagstiftningsärenden. Till bestämmelsen i den dåvarande kommunallagen (1991:900) om att en kommun eller region som sluter avtal med en privat utförare genom avtalet ska tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över, infördes en övergångsbestäm-

melse med innebörd att äldre bestämmelser skulle gälla när ett avtal som ingåtts före ikraftträdandet förlängs efter ikraftträdandet (prop. 2013/14:118 s. 86 f.).

I propositionen Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (prop. 2016/17:166), där det föreslogs en bestämmelse om att avtal enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, skulle innehålla villkor om att inte åsidosätta bl.a. behovs- och solidaritetsprincipen, föreslogs däremot att den nya bestämmelsen skulle gälla för avtal som förlängs efter ikraftträdandet. Regeringen anförde att det saknades skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen inte innebär att ett nytt avtal ingås, samt att en förlängning således inte bör få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas (a. prop. s. 30).

Regeringen instämmer med utredningen att det är viktigt med tydliga och enkla regler som inte leder till alltför mycket administration eller svårigheter, varken för regionerna eller de privata vårdgivarna, samt att det kan vara svårt för en upphandlande myndighet att avgöra vad som är tillåtet inom ramen för de upphandlingsrättsliga ändringsbestämmelserna. Regeringen anser dock inte att det i sig utgör ett skäl till att den nya bestämmelsen om avtalsvillkor inte bör gälla när ett avtal som ingåtts före ikraftträdandet förlängs efter det att bestämmelsen börjat gälla. Tvärtom instämmer regeringen med *Lunds universitet* att det kan innebära ett begränsat genomslag för den nya bestämmelsen i regioner som i stor utsträckning brukar förlänga tidigare ingångna avtal i stället för att genomföra nya upphandlingar – och därmed en konkurrensnackdel för nyetablerade verksamheter – om bestämmelsen inte ska gälla när ett tidigare ingånget avtal förlängs. I denna lagrådsremiss föreslås därför en bestämmelse med innebörd att även i de fall ett avtal förlängs efter ikraftträdandet ska det av avtalet framgå hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över samt hur detta ska följas upp.

För avtal som ingås efter ikraftträdandet gäller de nya bestämmelserna. Med avtal som ingås efter ikraftträdandet avses inte avrop på redan ingångna ramavtal.

Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite

Motsvarande behov av framförhållning som för förslaget om avtalsvillkor finns inte när det gäller förslaget om möjligheten för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att besluta om föreläggande (avsnitt 6). Enligt regeringens bedömning bör därför detta förslag träda i kraft den 1 juli 2023.

Eftersom regeringens förslag innebär att den straffrättsliga påföljden ersätts av en administrativ sanktion, dvs. föreläggande med eventuellt vite, uppkommer frågan om vad som ska gälla för straffbelagda gärningar som har begåtts före ikraftträdandet men som inte har lagförts innan de nya reglerna träder i kraft.

Vid bedömningen av behovet att meddela övergångsbestämmelser för den nu nämnda situationen måste bestämmelserna i såväl 2 kap. 10 § regeringsformen som 5 § andra stycket lagen (1964:163) om införande av brottsbalken beaktas.

I 2 kap. 10 § regeringsformen finns ett förbud mot retroaktiv straff- och skattelagstiftning. Förbudet mot retroaktiv strafflagstiftning anses analogi- vis tillämpligt beträffande straffliknande administrativa påföljder (prop. 1975/76:209 s. 125.).

Av 5 § andra stycket lagen om införande av brottsbalken framgår att straff ska bestämmas enligt den lag som gällde när gärningen företogs. Detta är dock inte fallet om annan lag gäller när dom meddelas, om den nya lagen leder till frihet från straff eller till lindrigare straff. Denna bestämmelse har enligt förarbetena generell räckvidd, dvs. den gäller även utanför brottsbalkens tillämpningsområde. Bestämmelsen ger uttryck för den lindrigaste lagens princip (prop. 1964:10 s. 99).

Regeringens förslag innebär att straffsanktionen ska ersättas av en möjlighet för IVO att förelägga en vårdgivare att vid vite fullgöra sin anmälningsskyldighet och, om föreläggandet inte följs, hos domstol ansöka om utdömning av vite. Utdömning av vite torde formellt sett anses lindrigare än straff. I enlighet med den lindrigaste lagens princip borde därför denna nya sanktion få genomslag bakåt i tiden. Skälet till att överföra överträdelser av skyldigheten att anmäla till vårdgivarregistret från det straffrättsliga området till ett system med utdömning av vite är dock inte en förändrad syn på överträdelserna i sig. Att överträdelserna avkriminaliseras ska inte ses som en indikation på att de bedöms lindrigare utan syftet är i stället att effektivisera sanktionssystemet. Den lindrigaste lagens princip gör sig således inte särskilt starkt gällande. Regeringen bedömer det därför som mest ändamålsenligt att inte låta den nya bestämmelsen om föreläggande vid eventuellt vite omfatta underlåtenhet som uppstått före ikraftträdandet. Bestämmelsen om straffansvar i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) bör i stället fortfarande gälla för överträdelser av anmälningsskyldigheten som skett före det att den nya bestämmelsen om vitesföreläggande trätt i kraft. Liknande överväganden har gjorts i tidigare lagstiftningsärenden (se prop. 2007/08:107 s. 47 f., prop. 2012/13:143 s. 82 f. och prop. 2017/18:165 s. 77).

I artikel 4 i sjunde tilläggsprotokollet till Europakonventionen regleras rätten att inte bli lagförd eller straffad två gånger för samma förseelse (ne bis in idem). Denna rättighet brukar också benämnas dubbelbestraffningsförbudet. Enligt Europadomstolens tolkning av artikeln kan förbudet mot dubbelbestraffning vara tillämpligt även för åtgärder eller sanktioner som inte betecknas som straff i den nationella rätten, såsom exempelvis administrativa sanktioner och viten. Av Högsta domstolens praxis framgår att det inte enbart är ett slutligt avgörande som utgör ett hinder mot ett andra förfarande för samma gärning utan att även en pågående prövning är ett sådant hinder (se NJA 2013 s. 502).

En gärning bestående i att underlåta att göra en anmälan fullbordas när den stipulerade anmälningstiden gått ut och pågår sedan till dess anmälan görs. I en situation där skyldigheten att anmäla till vårdgivarregistret uppstod före det att de nu aktuella lagändringarna trädde i kraft och åtal väckts för gärningen, kan en ansökan om utdömning av vite som gäller underlåtenhet att anmäla under tid efter ikraftträdandet bli aktuellt enbart om detta anses som en separat gärning. Detta följer av dubbelbestraffningsförbudet och behöver inte regleras särskilt. Det ankommer på rätts-tillämpningen att säkerställa att den nämnda artikeln i Europakonventionen följs.

Förslaget om rehabilitering som en del av primärvårdens grunduppdrag

Förslaget om rehabilitering som en del av primärvårdens grunduppdrag (avsnitt 7) bör träda i kraft samtidigt som övriga ändringar i HSL, dvs. den 1 januari 2024. Det behövs enligt regeringens mening inte någon övergångsbestämmelse i fråga om detta förslag.

11 Konsekvenser av förslagen

Förslagen i lagrådsremissen syftar till att säkerställa en god och patient-säker vård i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Förslagen syftar också till förbättrad efterlevnad av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret och att tydliggöra att rehabilitering är en viktig del i primärvårdens nationella grunduppdrag.

11.1 Konsekvenser för regionerna och kommunerna

Förslaget som handlar om avtalsvillkor och avtalsuppföljning kommer att påverka regionerna i egenskap av huvudmän. Regionen föreslås ställa krav på och följa upp privata vårdgivare som även har andra uppdragsgivare än regionen. Alternativet att inte genomföra förslaget skulle innebära en fortsatt ottydlighet och osäkerhet om vad som gäller i fråga om regionernas ansvar för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare som också bedriver privatfinansierad vård.

Det ska för patienterna inte spela någon roll om vården utförs av regionens egen verksamhet eller av en privat vårdgivare med avtal med regionen när det gäller aspekter som tillgänglighet och vårdkvalitet. Patienterna ska känna sig trygga med att den offentligfinansierade vården inte påverkas negativt av den privata vårdgivarens eventuella övriga uppdrag. När regionen anlitar en privat utförare för en uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi har regionen kvar huvudmannaskapet. Det innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten och ska se till att den anlitate privata utföraren uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten. Regionen behåller således sitt ansvar gentemot de patienter som omfattas av den överlämnade verksamheten (jfr prop. 2013/14:118 s. 29 och s. 35). De åtgärder som enligt förslaget behöver vidtas för att regionen ska kunna ta sitt ansvar som huvudman kan innebära en viss ökad administrativ börda och därmed ökade kostnader för regioner och vårdgivare. Regeringen bedömer emellertid att hälso- och sjukvården påverkas i positiv riktning då förslaget väntas leda till förbättrade förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård, genom bl.a. större följsamhet till målbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. *Sveriges Kommuner och Regioner* anser att förslaget behöver beräknas enligt finansieringsprincipen och medel tillföras regionerna. *Statskontoret* anser att utredningen inte i tillräcklig utsträckning har tagit hänsyn till regionernas varierande kapacitet och möjligheter att följa upp och kontrollera privata vårdgivare. Även om det redan i dag är regionernas ansvar, menar *Statskontoret* att

små och resurssvaga regioner, samt de regioner som har många avtal med privata vårdgivare, kan få svårt att avsätta tillräckliga resurser för att följa upp och kontrollera att de föreslagna avtalsvillkoren följs.

Det står klart att regionerna redan enligt gällande bestämmelser i kommunallagen (2017:725), förkortad KL, ska kontrollera och följa upp verksamheten när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare. Som anges i avsnitt 5 innebär förslaget ett visst ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Regeringen konstaterar vidare att det i dag inte är reglerat i lag hur regionerna ska gå till väga när de ser till att den anlitate privata utföraren uppfyller gällande bestämmelser – dvs. hur regionen tar sitt huvudmannansvar. Att den föreslagna bestämmelsen anger att detta ska ske inom ramen för avtal mellan regionen och den privata vårdgivaren, dvs. att det ska finnas vissa villkor i avtalen, får därför i sig anses vara ett nytt åtagande för regionen. Den kommunala finansieringsprincipen blir därmed tillämplig. Någon ekonomisk reglering görs dock inte då regeringen bedömer att förslagen endast medför marginella kostnader. Regeringen förutsätter också att regionerna redan i dag avsätter resurser för uppföljning när regionen – med bibehållet huvudmannaskap – överlämnar uppgifter som enligt gällande rätt åligger regionen.

Hur respektive region påverkas kommer att skilja sig åt, bl.a. beroende på hur många avtal regionen har med privata vårdgivare, och om de privata vårdgivarna har avtal också med andra uppdragsgivare. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta.

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har undersökt hur många avtal regionerna har med privata vårdgivare, dvs. oavsett om den privata vårdgivaren har andra uppdragsgivare vid sidan av regionen eller inte. Av den sammanställning som utredningen gjort rör det sig om cirka 500 avtal inom ramen för lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, respektive lagen (2008:963) om valfrihetssystem, förkortad LOV, vardera (primärvården är exkluderad från denna sammanställning). Hur många avtal regionerna har kan variera över tid.

Samtliga regioner har avtal med privata vårdgivare inom ramen för den öppna specialistvården, men omfattningen skiljer sig åt mellan de olika regionerna. Till exempel har Region Stockholm närmare 400 avtal, varav merparten är inom ramen för LOV, medan Region Jämtland Härjedalen endast har tre avtal, samtliga inom ramen för LOU.

Av utredningens undersökning framgår inte hur många av avtalen som rör en situation där den privata vårdgivaren också har avtal med andra uppdragsgivare, eftersom det bara är vissa regioner som efterfrågar information om detta i dag. Flertalet gör det inte.

Så som framgår av avsnitt 5 kan uppgifter om en vårdgivares andra uppdragsgivare vara på en övergripande och icke-detaljerad nivå. Regioner har inget avtalsförhållande med den andra uppdragsgivaren och ska således inte heller ta del av några mer ingående uppgifter om den aktören.

Förslagen om förbättrad efterlevnad av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret (avsnitt 6) och om att inkludera rehabilitering i primärvårdens grunduppdrag (avsnitt 7) bedöms inte medföra några konsekvenser för regionerna och kommunerna.

11.2 Konsekvenser för företagen

Förslaget om nya avtalsvillkor riktar sig endast till de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regioner. Privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård berörs således inte. Förslagen innebär att avtalsskrivande och uppföljning kan behöva förändras och utvecklas i de fall parterna inte redan i dag gör detta. Förslagen torde innebära att de privata vårdgivarna behöver ta fram ny dokumentation för att tydliggöra att de nya avtalsvillkoren följs och på vilket sätt.

Att i detalj uppskatta vilka förändringar som kommer att behöva genomföras är svårt, då det bl.a. beror på hur de avtal som de privata vårdgivarna redan har med regioner är formulerade. Vissa avtal innehåller redan de villkor som utredningen föreslår och för de vårdgivarna innebär utredningens förslag inte någon förändring. I de fall nya avtal ska innehålla nya avtalsvillkor kommer avtalet att behöva anpassas till avtalsituationen, t.ex. storleken på upphandlingsföremålet i relation till vårdgivarens övriga verksamhet, vilken typ av vård det är som utförs och vilken lag avtalen tecknas med stöd av (LOU eller LOV). Detta arbete kommer i första hand att ligga på regionerna, som utformar upphandlingsdokumenten. Som framgår ovan finns det redan i dag regioner som i sina avtal med privata vårdgivare närmare hanterar uppgiften att den privata vårdgivaren också har avtal med andra uppdragsgivare, utöver regionen. Regeringen förväntar sig att regionerna tar det ansvar som de har redan i dag då de genom avtal ska överlämna uppgifter till någon annan, och att de genom samarbete sinsemellan kan underlätta och förenkla arbetet med avtalsvillkor och uppföljningen så att det blir så enkelt och smidigt som möjligt för vårdgivarna och för regionerna själva.

Av intervjuer med olika vårdgivare har det framkommit att de som huvudregel ställer sig positiva till att regionerna tar sitt ansvar som huvudmän och att de ställer krav på insyn och leverans. Även om viss ökad arbetsbörda kan uppstå i och med avtalsskrivningen och framför allt i samband med uppföljningen bör de kostnader som detta medför vara tämligen marginella.

Som anges ovan kan uppgifter om en vårdgivares andra uppdragsgivare vara på en övergripande och icke-detaljerad nivå. Regionen har inget avtalsförhållande med den andra uppdragsgivaren och ska således inte ta del av några mer ingående uppgifter om den aktören.

Regeringen bedömer inte att förslaget om nya avtalsvillkor i sig kommer att leda till att de privata vårdgivarnas förutsättningar att ta emot patienter med en privat sjukvårdsförsäkring kommer att inskränkas. Syftet med förslaget är främst att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Så länge vårdgivaren följer avtalet och regelverken innebär förslagen inte någon förändring. I annat fall kan vårdgivaren behöva göra omorganisationer och visa för regionen hur de säkerställer att de uppgifter som överlämnats från regionen inte påverkas negativt av vårdgivarens övriga verksamhet.

Närmare om privata vårdgivare

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har undersökt hur många privata vårdgivare det finns som kan komma att påverkas av förslaget om

att det av avtalen mellan regionen och den privata vårdgivaren ska framgå hur det säkerställs att vårdgivarens eventuella övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över. Alla privata vårdgivare kan komma att beröras av utredningens förslag, oavsett driftsform (dvs. aktiebolag, stiftelse, enskild firma osv.). Den exakta siffran på privata vårdgivare är svår att få fram, men enligt Statistiska centralbyråns (SCB) företagarregister finns 6 150 företag registrerade inom specialiserad öppenvård.

Förslaget om avtalsvillkor och avtalsuppföljning påverkar de vårdgivare som har avtal med en region och samtidigt tar emot uppdrag från annan uppdragsgivare. Utredningen har försökt undersöka hur många det rör sig om. Denna undersökning kompliceras av flera faktorer. För det första saknas heltäckande data om privata vårdgivares avtal med det offentliga respektive försäkringsbolag. För det andra är sådana avtalsförhållanden snabbt föränderliga – exempelvis på så vis att en privat vårdgivares avtal med en region löper ut och inte förnyas eller att nya vårdgivare tecknar avtal med regioner. För det tredje kommer svaret att skilja sig åt beroende på om undersökningen inriktas på den juridiska personen eller på själva verksamheten. För det fjärde omfattar det som beskrivs som privata vårdgivare inte nödvändigtvis endast företag – idéburna aktörer såsom föreningar och stiftelser kan också komma att påverkas, om de har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Nedan beskrivs vad som trots dessa komplicerande faktorer ändå kan sägas om antalet privata vårdgivare som berörs av förslagen.

I fråga om hur många bolag som har avtal med regioner kan SCB:s utförrareregister ge viss ledning. För 2019 registrerade regionerna totalt 1 052 utförare inom specialiserad somatisk vård, som är det vanligaste området för privata sjukvårdsförsäkringar. Det verkliga antalet är sannolikt lägre, eftersom regionerna rapporterar individuellt – det kan därför hända att samma företag har avtal med flera regioner, och därför räknas flera gånger. Det är inte heller troligt att alla privata utförare har avtal med försäkringsbolag. I registreringen ingår förutom privata företag också ideella organisationer, stiftelser och kyrkor, men också regionägda företag. Även här saknas uppgift om avtal med försäkringsbolag. Regionägda bolag torde dock inte ha några avtal med försäkringsbolag.

Sammanfattningsvis kan det alltså sägas att det finns ett antal problem med att beräkna antalet vårdgivare som berörs av utredningens förslag. Framför allt saknas metoder för att på ett enkelt sätt identifiera vilka aktörer som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Det gör det svårt att göra precisa uppskattningar.

Regelrådet finner utredningens redovisning av berörda företag utifrån storlek bristfällig. Regeringen kan konstatera att det 2019 totalt sett fanns drygt 32 000 företag som bedrev verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (inklusive verksamheter inom tandvårdsområdet). En övervägande majoritet av företagen, cirka 31 800, motsvarande cirka 99 procent av företagen, var små företag med 0–19 anställda. Endast 35 företag hade mer än 250 anställda.

Enligt uppgifter från SCB som regeringen har tagit del av är storleksförhållandena desamma om man bryter ut de företag som framför allt berörs av förslagen, nämligen de som bedriver specialiserad somatisk öppenvård. Förslagen i lagrådsremissen träffar således huvudsakligen små

företag. Förslaget om nya villkor i avtalen som tecknas mellan regionen och den privata vårdgivaren kan leda till viss ökad administrativ börda för företagen. För en mindre vårdgivare kan ökad administration ha en större påverkan på verksamheten än vad det har för en större vårdgivare, då resurserna för administration är mindre hos de små vårdgivarna. Samtidigt bör det även för företagen som genom avtal förbinder sig att ge en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i regionen vara angeläget att kunna visa hur verksamheten exempelvis säkerställer att medicinska behov hos patienterna kan prioriteras.

Försäkringsbolag och arbetsgivare

Det finns inte något komplett register över försäkringsbolag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar har redovisat de uppgifter som de har funnit tillgängliga (se SOU 2021:80 s. 508 f.). Antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar varierar dessutom över tid. År 2013 fanns det 17 aktörer som sålde privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige (European Observatory on Health Systems and Policies [2016]). I dagsläget är det omkring 14 försäkringsbolag som erbjuder sjukvårdsförsäkringar och utredningen bedömer inte att förslagen medför en alltför stor förändring av det antalet. Baserat på Svensk Försäkrings branschstatistik över skadeförsäkringsföretagens premieinkomster för sjuk- och olycksfallsförsäkringar och privata sjukvårdsförsäkringar 2016, bedömdes de fem största aktörerna (Folksam, Länsförsäkringar, If, Trygg-Hansa och Skandia) stå för minst 90 procent av premieintäkterna från privata sjukvårdsförsäkringar.

Utredningen har inte kunnat göra en komplett sammanställning över hur många försäkringsbolag som kan beröras av förslagen, eftersom det kan variera över tid.

Regeringen bedömer inte att förslaget om nya avtalsvillkor innebär att de privata vårdgivarna måste ta emot färre patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Syftet med förslaget är främst att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. För de privata vårdgivare som redan säkerställer detta blir det inte någon förändring utan de bör kunna fortsätta ta emot privatfinansierade patienter på samma sätt som tidigare. Regeringen bedömer därför inte att förslagen i lagrådsremissen kommer att påverka förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar, vare sig mängden försäkringar som tecknas eller som utnyttjas.

För det fall försäkringsbolagen bedriver hälso- och sjukvård behöver de anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälningskyldigheten till IVO gäller sedan tidigare och regeringen lämnar inte några nya förslag om vilka som ska anmäla till vårdgivarregistret.

Sammantaget bedömer regeringen att försäkringsbolagen inte kommer att påverkas av förslagen.

Så som anges ovan bedömer regeringen inte att förslaget i lagrådsremissen om nya avtalsvillkor innebär att de privata vårdgivarna måste ta emot färre patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Regeringen bedömer därför inte heller att förslagen kommer att påverka arbetsgivare som tecknar sjukvårdsförsäkringar till sina anställda.

11.3 Konsekvenser för staten

IVO berörs av förslagen om bättre efterlevnad av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret (avsnitt 6). Regeringen föreslår att IVO ska få förelägga den som inte följer bestämmelserna om anmälan och även få förena föreläggandet med vite. Det är svårt att bedöma hur många ärenden det kommer att bli. IVO har hittills inte polisanmält någon vårdgivare för brott mot anmälningsbestämmelserna. Regeringen bedömer att ett förfarande med föreläggande och vite kommer att bli lättare för IVO att tillämpa. De flesta anmälningarna till registret kommer att komma till stånd utan att IVO behöver besluta om föreläggande. IVO har inlett ett utvecklingsarbete med att öka anmälningarna till registret. Detta redan pågående utvecklingsarbete tillsammans med förslaget om föreläggande och vite kommer dock att leda till visst merarbete för IVO. Det kan även leda till överklaganden av beslut. Regeringen bedömer dock att myndighetens kostnader för förslaget är marginella och kan rymmas inom befintliga ramar.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning om att förslagen om nya avtalsvillkor inte torde leda till fler överklaganden av beslut om upphandlingar eller överklaganden (laglighetsprövning) enligt 13 kap. KL.

Förslaget om att ge IVO möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite kan medföra viss ökad arbetsbörda för Sveriges Domstolar. Besluten kommer att kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. IVO:s eventuella ansökningar om utdömande av vite kommer också att hanteras av förvaltningsdomstolarna. Regeringen bedömer dock att den nya sanktionen i första hand kommer att fungera preventivt. Ökningen av antalet ärenden torde därför bli marginell och de eventuellt ökade kostnader som uppstår för förvaltningsdomstolarna kan finansieras inom ramen för befintliga anslag.

11.4 Konsekvenser för jämställdheten

Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar hänvisar till en studie från 2017 baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige samt på SCB:s databas över individer – LISA (SOU 2021:80 s. 179 f.). Av rapporten framgår att av de individer i Sverige som hade privata sjukvårdsförsäkringar 2015 var nästan två tredjedelar män. Det finns inget som talar för att detta förhållande sedan dess skulle ha förändrats i någon större utsträckning. Vidare framgår att de försäkrade i genomsnitt hade högre inkomster och högre utbildning än arbetskraften och befolkningen i övrigt.

Förslagen i lagrådsremissen syftar bl.a. till att förhindra att den offentligtfinansierade vården påverkas negativt av privata vårdgivares eventuella övriga uppdrag, vid sidan om regionen. Förslagen kan därmed anses bidra till det jämställdhetspolitiska målet om en jämställd hälsa.

11.5 Övriga konsekvenser

Regeringen bedömer att förslagen inte medför några särskilda konsekvenser för miljön, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen eller det brottsförebyggande arbetet. Förslagen bedöms vara förenliga med EU-rätten.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

28 a § Inspektionen för vård och omsorg får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet enligt 2 kap. 1 eller 2 § att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

I paragrafen, som är ny, regleras möjligheten för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att besluta om föreläggande för att bestämmelserna om anmälan till myndighetens vårdgivarregister ska följas.

I 2 kap. 1 och 2 §§ finns bestämmelser om att verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmälas till myndigheten innan verksamheten påbörjas samt att anmälan ska ske även när en verksamhet helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas eller om den läggs ned. Den nya paragrafen innebär att IVO får förelägga den som underlåter att göra en sådan anmälan att fullgöra sin anmälningsskyldighet samt att ett sådant beslut får förenas med vite.

Ett föreläggande, eventuellt förenat med vite, bör bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. Inför ett sådant beslut bör myndigheten föra en dialog med den som är anmälningsskyldig och bedöma hur sannolikt det är att en anmälan sker. Allmänna bestämmelser om vite finns i lagen (1985:206) om viten.

Samtidigt som paragrafen införs upphävs nuvarande straffbestämmelse i 10 kap. 1 § om möjlighet att utdöma böter i fall där reglerna om anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret inte efterlevs. Se även kommentaren till punkt 2 i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna.

Övervägandena finns i avsnitt 6.

10 kap.

13 § Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,

2. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,

3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att anmäla verksamhet enligt 2 kap. 1 eller 2 §,

4. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller

5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.
Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.
Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen innehåller bestämmelser om överklagande av IVO:s beslut.
Av den nya *tredje punkten i första stycket* följer att även beslut om föreläggande att anmäla verksamhet till vårdgivarregistret som IVO fattar enligt den nya bestämmelsen i 7 kap. 28 a § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Enligt tredje stycket krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten. Övriga ändringar är endast redaktionella.
Övervägandena finns i avsnitt 6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

1. *Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.*
2. *Den upphävda 10 kap. 1 § gäller dock fortfarande för överträdelser som har skett före ikraftträdandet.*

Enligt *punkt 1* träder lagen i kraft den 1 juli 2023.

Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till myndigheten senast en månad innan verksamheten påbörjas. Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas ska anmälan göras inom en månad efter genomförandet. En underlåtelse att anmäla fullbordas när den föreskrivna anmälningstiden går ut. I fall där anmälningstiden går ut den 1 juli 2023 eller senare, får IVO förelägga den anmälningsskyldige att göra anmälan med stöd av den nya 7 kap. 28 a §. För överträdelser som har skett före ikraftträdandet gäller däremot fortfarande den upphävda straffbestämmelsen i 10 kap. 1 §. Detta följer av *punkt 2*. I fall där anmälningstiden har gått ut före den 1 juli 2023 utan att någon anmälan har gjorts, finns således möjlighet att även efter ikraftträdandet döma till ansvar för brott mot bestämmelserna om anmälningsskyldighet.

Övervägandena finns i avsnitt 10.

12.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

13 a kap.

1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. *tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,*
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Paragrafen innehåller en beskrivning av primärvårdens grunduppdrag.

I bestämmelsen fastställs en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Med primärvård avses, enligt definitionen i 2 kap. 6 §, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Genom den nya *punkt 4* ingår rehabiliterande insatser även som en del i primärvårdens grunduppdrag. Regioner och kommuner ska således inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla även rehabiliterande insatser. Insatserna ska ges utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

Förarbeten till den nuvarande bestämmelsen finns i prop. 2019/20:164 s. 73 f. och s. 117 f. Övriga ändringar är endast redaktionella.

Övervägandena finns i avsnitt 7.

15 kap.

2 § Om en privat vårdgivare har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen, ska det av avtalet enligt 1 § framgå

1. hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över av regionen, och

2. hur det som avtalats enligt 1 ska följas upp.

Paragrafen, som är ny, reglerar hur vissa avtal om överlämnande av uppgifter mellan regionen och en privat vårdgivare ska utformas.

Enligt 15 kap. 1 § får en region med bibehållet huvudmannskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lagen, exempelvis att tillhandahålla vissa hälso- och sjukvårdstjänster. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Den nya bestämmelsen innebär att om ett avtal om överlämnande ingås med en privat vårdgivare som förutom regionen har en eller flera andra uppdragsgivare, ska det av avtalet framgå hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar de uppgifter som har lämnats över. Av avtalet ska det också framgå hur det som avtalats ska följas upp.

En vårdgivare är enligt definitionen i 2 kap. 3 § statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Paragrafen gäller dock enbart när regionen genom avtal enligt 15 kap. 1 § har överlämnat vissa uppgifter till en privat vårdgivare. Med privat vårdgivare avses en helt privat aktör som inte har något kommunalt eller statligt ägande. En privat vårdgivare kan t.ex. vara ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en ideell förening, en stiftelse eller en enskild individ, men däremot inte exempelvis ett hel- eller delägt kommunalt bolag eller en kommunal stiftelse eller förening.

Bestämmelsens tillämpningsområde är vidare begränsat till fall där den privata vårdgivaren förutom regionen även har en eller flera andra uppdragsgivare. Dessa uppdragsgivare kan t.ex. vara försäkringsbolag eller enskilda patienter men även andra regioner.

Enligt *punkt 1* ska det framgå av avtalet hur det ska säkerställas att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen lämnat över, dvs. den offentligfinansierade vården, på ett negativt sätt. Vad som kan ha en negativ påverkan på den offentligfinansierade vården och vilka villkor som ska anges i avtalet får avgöras utifrån den enskilda situationen. Ett exempel på negativ påverkan är att den privata vårdgivaren prioriterar patienter vars vård finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar framför patienter vars vård är offentligfinansierad, trots att de patienter som får stå tillbaka har större medicinska behov. I avtalet kan exempelvis regleras hur vårdgivaren säkerställer att bestämmelsen i 3 kap. 1 § om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården efterlevs och hur medicinska bedömningar och prioriteringar ska genomföras.

Av *punkt 2* framgår att det i avtalet även ska anges hur det som avtalats i fråga om negativ påverkan från övriga uppdragsgivare ska följas upp. Hur uppföljningen ska gå till beror på vilka krav som ställs i avtalet. Detta regleras inte i lagen. Det följer redan av 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725) att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska regionen kontrollera och följa upp verksamheten.

Övervägandena finns i avsnitt 5.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

2. Bestämmelserna i 15 kap. 2 § tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna tillämpas dock om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

Av *punkt 1* följer att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2024.

Av *punkt 2* framgår att de nya bestämmelserna om avtalsvillkor inte ska tillämpas på avtal som har ingåtts före den 1 januari 2024. Efter ikraftträdandet får ett tidigare ingånget avtal däremot inte förlängas utan att bestämmelserna om vad avtalet ska innehålla beaktas. Detta gäller även om förlängningen inte innebär att något nytt avtal ingås.

Övervägandena finns i avsnitt 10.

Sammanfattning av betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)

Sammanfattning i korthet – privata sjukvårdsförsäkringar behöver regleras

Hälso- och sjukvården i Sverige är ett offentligt åtagande där framför allt regionerna är ansvariga för att planera, organisera, erbjuda och finansiera vården. Den största delen av hälso- och sjukvården bedrivs i regionens egen regi och den vården finansieras med offentliga medel, dvs. är offentligfinansierad. Det finns även privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av en region och där regionen alltjämt är huvudman för vården. Även denna vård är offentligfinansierad.

Att en region är huvudman för hälso- och sjukvården innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården även när utförandet av vården har lämnats över till en privat vårdgivare. Huvudmannaskapet regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Det förekommer olika former av privatfinansierad vård hos de privata vårdgivarna. En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård. En privat vårdgivare kan också välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av en region, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat under 2000-talet och i dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Betalning av hälso- och sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar uppskattas uppgå till cirka 0,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna.¹

Olika frågor med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för flera överväganden de senaste decennierna i samband med lagstiftningsarbeten. Privata sjukvårdsförsäkringar är alltjämt föremål för en förhållandevis intensiv debatt. Den senaste tiden har diskussionerna framför allt handlat om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården och samhället i stort och rört frågor om försäkringar går att förena med grundläggande principer i hälso- och sjukvårdslagen, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. I debatten uttrycks en risk för att ”försäkringspatienter går före i kön och får en gradfil till vården”.²

Regeringen har uttalat att den ser med oro på den rådande situationen där utvecklingen med att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring riskerar att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. I direktiven till denna utredning uttalar regeringen att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för

¹ Cirka 3,6 miljarder kronor av totalt 549 miljarder kronor. 2019 års siffror.

² För en beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts. Utredningen har därför till uppgift att:

- beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och
- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

I detta betänkande beskrivs utifrån ett juridiskt perspektiv vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen klargör beskrivningarna om att "försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården" och vad som avses med att en privat vårdgivare bedriver verksamhet i s.k. "blandform". Utredningen använder sig av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva de olika situationerna. Utredningen beskriver även hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort samt resonerar kring olika s.k. undanträngningseffekter.

Utredningen har en juridisk ansats för att analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen kan konstatera att dessa frågor i princip är oreglerade. Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningens slutsats är att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort om vad som gäller.

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

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

Utredningen lämnar även författningsförslag om att utöka anmälnings-skyldigheten till IVO:s vårdgivarregister rörande frågor om privata sjukvårdsförsäkringar och om att IVO får möjlighet att besluta om föreläggande med vite för det fall anmälnings-skyldigheten inte följs.

Utredningen lämnar författningsförslag så att olika register kommer att innehålla uppgift om finansieringsform för vården.

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

Utredningen föreslår även att det sker en uppföljning av utredningens slutsatser och förslag. Uppdraget om uppföljning bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas. I arbetet med uppföljningen bör övervägas vilka ytterligare åtgärder som behöver vidtas avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

I det följande finns en längre sammanfattning av betänkandet med utredningens slutsatser, överväganden samt förslag på åtgärder.

En längre sammanfattning av betänkandet

En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om konsekvenserna av sådana försäkringar och hur de påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. För att kunna lämna en så korrekt och värderingsfri redogörelse som möjligt används i betänkandet juridiska begrepp och andra neutrala beskrivningar för att undvika att läsaren lägger in värderingar i begreppen. I det följande återfinns de viktigaste begreppen och beskrivningarna.

Regionen är i egenskap av *huvudman* ansvarig för att planera, organisera, erbjuda och finansiera hälso- och sjukvården. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare, att bedriva vården. Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat vårdgivare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar att uppfylla regelverken. Den vård som bedrivs av regionen själv eller på uppdrag av regionen är *offentligfinansierad*.

En privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika uppdragsgivare, t.ex. av en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är *privatfinansierad*. I betänkandet beskrivs situationen att en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Detta beskrivs även som att vårdgivaren har flera uppdragsgivare. I debatten används ibland begreppet ”blandform” för att beskriva denna situation.

En *privat sjukvårdsförsäkring* är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser. I dagsläget är de privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda korta väntetider. I andra länder kan försäkringarna vara inriktade på tilläggstjänster som upplevs ge bättre kvalitet eller annat mervärde eller utbud av vård. Såvitt utredningen har kunnat finna förekommer inte privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården, vare sig i den som bedrivs av regionen i egen regi eller i den som bedrivs av en privat vårdgivare på uppdrag av regionen.

Utredningen undviker att använda begreppet ”kö” och ”gå före i kön”. Även begreppet ”snabbare vård” och ”gräddfiler till vården” undviks. I stället beskrivs vad som avses och då framför allt utifrån den *etiska plattformen* och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (den s.k. behovs-solidaritetsprincipen). Utredningen använder de sammanfattande begreppen en *god och patientsäker vård* för att beskriva de övergripande mål och regler som gäller för all hälso- och sjukvård.

Ett centralt begrepp som används i betänkandet och som också anges i direktivet är *påverkan* från privata sjukvårdsförsäkringar i olika former. Synonymt med påverkan används ordet konsekvens eller effekt till följd av frågor som rör försäkringar. En påverkan kan vara att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen inte följs, t.ex. på så sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården. Detta kan leda till patientsäkerhetsrisker i form av vårdskada på grund av utebliven eller sen vård. Påverkan kan vara positiv eller negativ och avse bl.a. kapaciteten inom hälso- och sjukvården (dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård), patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvård, kvaliteten på vården samt olika s.k. undanträngningseffekter. Vidare kan det röra sig om påverkan på förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Bristfällig information gör det svårt att beskriva privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan

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

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är oreglerade

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Det finns inte några offentligt rättsliga regler som särskilt reglerar privata sjukvårdsförsäkringar.³

Det saknas t.ex. regler om finansieringen av hälso- och sjukvården, vårdgivarens skyldigheter vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare, IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar samt data om privata sjukvårdsförsäkringar.

Det finns ett antal regler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659) som ska tillämpas för all vård oavsett drifts- och finansieringsform. Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas dock i stort sett helt resonemang om privat vård i förarbetena till nu gällande bestämmelser. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Det medicinska behovet ska styra

Bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad vård. En av dessa bestämmelser innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Denna gäller således även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen kan inte, utifrån lagstiftning, förarbeten m.m., finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården eller mot övriga bestämmelser. Så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, kan utredningen inte finna att det skulle vara otillåtet med olika väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin och de i avtal reglerade tidsgränserna är underordnade behovs-solidaritetsprincipen.

Huruvida en vårdgivare i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte givit vård efter behov, är en uppgift för tillsynsmyndigheten IVO och regionerna att undersöka. Såväl IVO som regionerna i deras egenskap av huvudmän för vården, är ansvariga för att säkerställa en god och patientsäker vård. Det har inte varit möjligt för denna utredning att närmare granska hur vårdgivarna följer bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.

Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till ”allt åt alla” och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram framför allt för att hantera

³ Särskilda regler finns inom försäkringsrätten och om Finansinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen. Det finns även skatterättsliga regler som tar sikte på just privata sjukvårdsförsäkringar.

prioriteringar i den offentligt finansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården. Även om principerna gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de således under olika förutsättningar. Flera aktörer har påtalat tolkningsproblem med den etiska plattformen och att den behöver ses över.

Det saknas rättslig ledning från regionerna och myndigheterna

Regionen har ett ansvar i egenskap av huvudman även för vård som bedrivs av privata vårdgivare på uppdrag av regionen. Regionen anger genom avtal utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket hur den privata vårdgivaren ska bedriva vården. Utredningens undersökning visar att några, men inte alla, regioner reglerar frågor om privata sjukvårdsförsäkringar i avtalen med de privata vårdgivarna.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hur de kan påverka vårdens utförande. Det finns därför inte några vägledande tillsynsbeslut. Inte heller övriga myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen, har tagit fram vägledande dokument i frågan. Det saknas således en enhetlig vägledning från regionerna och myndigheterna om hur de privata vårdgivarna ska agera i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, särskilt situationen att vårdgivaren har flera uppdragsgivare med olika tidsgränser för patienterna.

Privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver, i enlighet med direktivet, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i form av undanträngningseffekter och andra konsekvenser på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Beskrivningen utgår till stor del från två myndighetsrapporter som nyligen har analyserat frågan. IVO beskriver i en förstudie de patientsäkerhetsrisker som kan finnas med privata sjukvårdsförsäkringar.⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys analyserar i en regeringsrapport såväl möjliga risker som nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar.⁵ Utöver dessa rapporter finns det inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som beskriver privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen har inte kunnat finna några specifika rapporter om privata sjukvårdsförsäkringar och faktiska undanträngningseffekter. Däremot finns flera rapporter som resonerar kring undanträngningseffekter på andra områden inom hälso- och sjukvården. De beskrivningarna kan vara relevanta även för frågan om undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

⁴ IVO förstudie (2020).

⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3.

Regionernas hantering av bisysslor kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

Bilaga 1

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

Internationell utblick

Utredningen har gjort en översiktlig internationell utblick i syfte att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Det är Norge, Danmark, Finland och Kanada som har undersökts. Privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i de andra undersökta nordiska länderna än i Sverige (i Norge har 12 procent av befolkningen en supplementär privat sjukvårdsförsäkring, i Finland är det 24 procent, och i Danmark 37 procent, att jämföra med 6,5 procent i Sverige).⁶

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har regler m.m. som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns ett förbud mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som delvis har uppluckrats efter en dom från Högsta domstolen. I vissa provinser/territorier finns reglerade ersättningsstak som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. I Kanada förekommer knappt s.k. supplementära försäkringar. Cirka 69 procent av befolkningen har komplementära försäkringar.

Det behövs ökad kunskap och kontroll i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte i dag något beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för hälso- och sjukvård. Det innebär att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Dagens reglering i framför allt hälso- och sjukvårdslagstiftningen är således inte anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar och utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om t.ex. hur hälso- och sjukvården får finansieras, vårdgivarens skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (t.ex. vad avser

⁶ En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårds-systemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men då ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

behovs-solidaritetsprincipen), huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare och IVO:s tillsyn kopplad till privata sjukvårdsförsäkringar. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar rör grundläggande hälso- och sjukvårdsfrågor så som hur hälso- och sjukvården ska finansieras och frågor som rör tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

Det behövs ett aktivt och medvetet beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta ett större ansvar och ange de rättsliga ramarna och ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård. En tydlighet i regelverken krävs för att regionerna och vårdgivarna ska kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och för att kunna nå målbestämmelserna för hälso- och sjukvården. Även om regionerna, utifrån den kommunala självstyrelsen, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Staten och regionerna behöver därför ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk som möjliggör en *ökad kontroll* i form av effektiv avtalsuppföljning och tillsyn. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och *ökad kunskap* i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna ska ges en möjlighet men också en skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att *ställa krav på och följa upp* de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningens förslag syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård för alla

Utredningens förslag syftar till att ge ökad kunskap och kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för alla, i enlighet med de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Därigenom kan även förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas. Det är framför allt staten och regionerna som bör ta ansvaret för denna kontroll och kunskapsuppbyggnad. En ökad kontroll och kunskap kommer även att underlätta för de privata vårdgivarna att följa regelverken och därmed bidra till ett tydligare rättsläge om hur regler ska tolkas och tillämpas. En ökad tydlighet och kunskap om vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till ett tydligare rättsläge även för patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag till författningsändringar samt andra förslag på åtgärder som utredningen har funnit motiverade beskrivs kortfattat i det följande.

1. Diskussionen om den etiska plattformen bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården och efterfrågestyrd vård. Däremot är det inte nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen och

tillhörande lagstiftning för att utredningens förslag ska kunna genomföras.

2. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) införas regler om hur hälso- och sjukvården får finansieras. Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Motsvarande ska gälla för den vård som utförs på uppdrag av regionen. Förslaget innebär att regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, inte kan finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Sådan privatfinansiering som sker med stöd av författning kommer dock alltså att vara tillåten.
3. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen införas regler som ger nya verktyg och bättre förutsättningar för regionerna i egenskap av huvudmän att ta sitt ansvar för vården när vården utförs av en privat vårdgivare som även har andra uppdragsgivare, t.ex. ett försäkringsbolag. Det föreslås en skyldighet för regionerna att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentlig-finansierade patienterna. Förslaget innebär att om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det i avtalet mellan vårdgivaren och regionen framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över till vårdgivaren att utföra.
4. Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen behöver regleras i enlighet med tidigare lämnat utredningsförslag från *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).
5. Det ska i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) införas regler som ger nya verktyg och bättre förutsättningar för IVO att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Förslaget innebär att IVO bättre kan ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet och säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, men även i de situationer när den privata vårdgivaren endast bedriver privatfinansierad vård. Förslagen utgörs av en ökad anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och att IVO ska få meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Dessa förslag stärker IVO:s förebyggande arbete med att agera utifrån risker istället för utifrån konstaterade vårdskador.
6. Vårdgivarna ska rapportera uppgift om finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister, utöver de uppgifter som redan idag ska rapporteras till registret.
7. Utredningen rekommenderar att uppgift om finansieringsform för vården rapporteras i de Nationella Kvalitetsregister där det är relevant.
8. Den arbetsgivare som tillhandahåller en privat sjukvårdsförsäkring som en förmån åt sin anställd ska till Skatteverket särredovisa denna uppgift.
9. Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas i enlighet med tidigare lämnat förslag från bl.a. *Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso-*

och sjukvården (SOU 2021:59) men det är inte lämpligt att den innehåller uppgifter om privatfinansierad vård.

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

Konsekvensanalys och ikraftträdande

Vissa av utredningens förslag innebär nya arbetsuppgifter för vårdgivarna, såsom förslaget om att rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister och att anmäla uppgifter om finansieringsform och flera uppdragsgivare till IVO:s vårdgivarregister. Förslaget om reglering av hur hälso- och sjukvården får finansieras är framför allt en kodifiering av vad som redan gäller och innebär således framför allt ett tydligare rättsläge. Vilka konsekvenser som följer av förslagen om regionernas nya avtalsvillkor och om avtalsuppföljning beror på huruvida aktörerna redan agerar på det sätt som föreslås och tar sitt huvudmannansvar. Förslaget om särredovisning medför en viss ökad arbetsbörda för de arbetsgivare som tillhandahåller privata sjukvårdsförsäkringar som en förmån åt sina anställda. Vissa av förslagen medför ekonomiska konsekvenser för staten, och då framför allt för de berörda myndigheterna IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket.

Författningsförändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Förordningsändringarna kan träda i kraft tidigare. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Förslagen behöver följas upp i syfte att överväga ytterligare åtgärder

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har lett till en otillräcklig kunskap och kontroll av de privata sjukförsäkringarna. Det gör det angeläget att oron för konsekvenserna av sjukvårdsförsäkringarna inte leder till förhastade beslut som inte bygger på en juridisk analys och faktabaserade underlag. Samtidigt är det viktigt att en beredskap byggs upp för att inom en nära framtid kunna vidta de ytterligare åtgärder som uppföljningen av utredningens förslag motiverar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa upp förslagen. Uppdraget bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Utredningens förslag ska således betraktas som ett första steg i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 10 kap. 1 § ska upphävas,

dels att 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 28 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

28 a §

Inspektionen för vård och omsorg får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan enligt 2 kap. 1 och 2 §§ och av de föreskrifter som har meddelats i anslutning till 2 kap. 3 §. Beslut om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §¹

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,

2. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,

3. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller 3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att anmäla enligt 2 kap. 1–3 §§,

4. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

4. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller

5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser tillämpas.

¹ Senaste lydelse 2012:957.

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

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas tre nya paragrafer, 7 kap. 10 §, 15 kap. 2 och 3 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

10 §

Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart finansieras med offentliga medel.

15 kap.

2 §

Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 1 § ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap.

3 §

Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet enligt 1 § framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över.

I avtalet ska anges hur det som avtalas enligt första stycket följs upp.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.
 2. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.
 3. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som förlängs efter ikraftträdandet.

Förteckning över remissinstanserna (SOU 2021:80)

Efter remiss har yttranden kommit in från Aleris, Almega, Capio AB, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Företagarna, Göteborgs universitet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Konkurrensverket, Landsorganisationen i Sverige (LO), Linköpings universitet, Lunds universitet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Praktikertjänst AB, Prioriteringscentrum, Regelrådet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Skåne, Region Stockholm, Region Södermanland, Region Värmland, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, Skatteverket, SKPF Pensionärerna, Socialstyrelsen, Sophiahemmet, Statens medicinska rådet (SMER), Statistiska centralbyrån (SCB), Statskontoret, Stockholms universitet, Svensk Försäkring, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska Kommunalarbetsförbundet (Kommunal), Svenska Läkaresällskapet (SLS), Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkarförbund, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Umeå universitet, Upphandlingsmyndigheten, Vårdförbundet, Vårdföretagarna och Västra Götalandsregionen.

Därutöver har yttranden inkommit från Konsumentverket, Verdandi, Socialdemokraterna Region Jämtland Härjedalen och Diabetesförbundet.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Astma- och Allergiförbundet, Diskrimineringsombudsmannen, FAMNA, Finansinspektionen, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, GHP Specialty Care, Handikappförbunden, Justitiekanslern (JK), Karolinska institutet, Konsumenternas försäkringsbyrå, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Region Gotland, Region Norrbotten, Region Uppsala, Region Västerbotten, Reumatikerförbundet, Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Svenska Vård, Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Uppsala universitet och VISION.

Sammanfattning av den del av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen

Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

En modernisering av primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen föreslås. Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning. Skälen för utredningens förslag till att reglera uppdraget i förordning, och inte i lag, redovisas. Utredningen lämnar också förslag på utformningen av en sådan förordning. Vi föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska regleras att det i primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grunduppdrag. De erforderliga kompetenserna kan finnas inom ramen för ett eller flera vårdval inom landsting/regioners vårdvalssystem. En utmaning för dagens primärvård är tillgängligheten. Vi tydliggör i förslag att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. För en god och hållbar hälso- och sjukvård är utbildning och forskning av avgörande betydelse. Vi föreslår därför att det förtydligas att det ska bedrivas forskning i primärvården. Vår bedömning är också att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå. En nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Vårt förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.

Förteckning över remissinstanserna (SOU 2018:39)

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Apotekarsocieteten, Arbetsmiljöverket, Arjeplogs kommun, Barnombudsmannen, Blekinge läns landsting (Region Blekinge), Dalarnas läns landsting (Region Dalarna), Danderyds kommun, Datainspektionen, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, FAMNA, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Umeå, Gotlands kommun, Grums kommun, Gävle kommun, Gävleborgs läns landsting (Region Gävleborg), Hallands läns landsting (Region Halland), Huddinge kommun, Håbo kommun, Härryda kommun, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Justitiekanslern (JK), Jämtlands läns landsting (Region Jämtland Härjedalen), Jönköpings kommun, Jönköpings läns landsting, Kalmar läns landsting (Region Kalmar län), Karlstads kommun, Karolinska Institutet, Kommunal, Kronobergs läns landsting (Region Kronoberg), Kungsbacka kommun, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR), LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Lunds universitet, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF), Läkemedelsverket (LV), Malmö kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mölndals kommun, Norrbottens läns landsting (Region Norrbotten), Nyköpings kommun, Regelrådet, Sjukhusläkarna, Skåne läns landsting (Region Skåne), Skövde kommun, Socialstyrelsen, Sollefteå kommun, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Statskontoret, Stockholms kommun, Stockholms läns landsting (Region Stockholm), Svedala kommun, Swedish medtech, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk Kuratorsförening, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Logopedförbundet, Svenska Läkarsällskapet, Svenska naprapatförbundet, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Landsting (Sveriges Kommuner och Regioner), Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Säffle kommun, Södermanlands läns landsting (Region Södermanland), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Umeå universitet, Uppsala kommun, Uppsala läns landsting (Region Uppsala), Vetenskapsrådet, VISION, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Värmlands läns landsting (Region Värmland), Västerbottens läns landsting (Region Västerbotten), Västernorrlands läns landsting (Region Västernorrland), Västmanlands läns landsting (Region Västmanland), Västra Götalands läns landsting (Västra Götalandsregionen), Åre kommun, Örebro läns landsting (Region Örebro län) och Östergötlands läns landsting (Region Östergötland).

Därutöver har yttranden inkommit från Astma-, Allergi- och KOLSjuksköterskeföreningen (ASTA), Bröstcancerförbundet, Elöverkännsligas riksförbund, Gemensam Välfärds vårdnätverk, Intressegruppen för mödrahälsovårdsöverläkare, Jan Bagge, Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, Neuro, Nätverket mot cancer, Personskade-

förbundet RTP, Prioriteringscentrum Linköpings Universitet, Psoriasisförbundet, Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Reumatikerförbundet, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS-MAR) Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Barn, Unga och Vuxna med utvecklingsstörning, (FUB), Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Samling för allmänmedicinsk forskning och utbildning (SAFU), Sjuksköterskor i cancervård, Svensk förening för glesbygdsmedicin, Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska Röda korset, Svenska ödemförbundet, Sveriges Yngre läkares förening (SYLF) och Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM).

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder, Halmstad kommun, Hjo kommun, Justitiekanslern, Lika unika, Nora kommun, Nordmaling kommun, Norrtälje kommun, Orust kommun, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL), Rättvik kommun, Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA), Älvkarleby kommun och Örkelljunga kommun.