

Sammanträde med:

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Sammanträdet sker digitalt, endast ordföranden, ansvarig tjänsteperson och nämndsekreteraren träffas fysiskt.

Sammanträdesdatum: 2022-01-21

Tid: kl. 09:00-13:00

Plats: Digitalt ,samt sammanträdesrum Eken, Eklundavägen 1

Meddela förhinder snarast möjligt till nämndsekreterare Maria Boström, maria.bostrom2@regionorebrolan.se 019-602 72 52. Du som är ersättare meddelar om du kommer att närvara.

Ledamöter kallas

Karin Sundin (S), ordförande
Behcet Barsom (KD), vice ordförande
Anna Nordqvist (M), 2:e vice ordförande
Peter Björk (S)
Gunnel Kask (S)
Azra Prepica (S)
Stina Lindbäck Olsson (S)
Carina Dahl (S)
Charlotte Edberger (C)
Ulrika Björklund (M)
Willhelm Sundman (L)
Monika Aune (MP)
Gunilla Fredriksson (SD)
Elin Jensen (SD)
Maria Odheim Nielsen (V)

Ersättare underrättas

Ulla Kalander-Karlsson (S)
Frederick Axewill (S)
Jeanette Rasko (S)
Ewa Sundkvist (KD)
Xerxes Åkerfeldt (C)
Emil Wellander (M)
Carl Alm (M)
Vakant (M)
Habib Brini (SD)



1. Protokollsjustering

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ordföranden och Monika Aune (MP) justerar dagens protokoll med Ulrika Björklund (M) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 4 februari 2022.

2. Anmälan av frågor

3. Initiering av upphandlingsuppdrag gällande utrustning för noninvasiv blåsvolymmetring till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Diarienummer: 21RS8135

Föredragande: Jonas Claesson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandlingsuppdrag gällande utrustning för noninvasiv blåsvolymmetring till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattning

Nuvarande ramavtal på noninvasiva blåsvolymmetrare sträcker sig till december 2021. För att säkerställa enhetliga utrustningar för noninvasiv blåsvolymmetring inom regionens olika verksamheter planeras ny ramavtalsupphandling för perioden hösten 2022 till hösten 2026.

Beräknat totalt värde för ramavtalsupphandlingen är 6 000 000 kronor. Värdet är baserat på anskaffning av cirka 60 utrustningar under avtalstiden, förutsatt att medel för detta äskas och beviljas budgetår 2023-2026.

Upphandlingen omfattar även option på serviceutbildning.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21, Initiering av upphandlingsuppdrag
- Initieringsbeslut MT 2021-0131



4. Yttrande över sakkunniggruppens underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik

Diarienummer: 21RS9507

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2022-01-21, Sakkunniggruppens underlag inför beslut om Nationellt högspecialiserad vård inom tio vårdområden
- Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationellt högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- Bilaga 1 remiss - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik

5. Yttrande över sakkunniggruppens underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, svårbehandlade epilepsi

Diarienummer: 21RS9514

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.



Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Svar på remiss Genomlysning inför beslut om nationell högspecialiserad vård - svårbehandlad epilepsi
- Bilaga 1 remiss - Svårbehandlad epilepsi

6. Remiss - Genomlysning inför beslut om nationell högspecialiserad vård, Systemisk amyloidosis

Diarienummer: 21RS9515

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden



- Yttrande - Genomlysning inför beslut om nationell högspecialiserad vård - systemisk amyloidosis
- Bilaga 1 remiss - Systemisk amyloidosis

7. Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Diarienummer: 21RS9516

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Avancerad endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna
- Bilaga 1 remiss - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

8. Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, extraktion av pacemakerutrustning

Diarienummer: 21RS9508

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:



Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Yttrande över sakkunniggruppens förslag på nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
- Bilaga 1 remiss - Extraktion av pacemakerutrustning

9. Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, medfödda metabola sjukdomar

Diarienummer: 21RS9509

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och



Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Remissvar - Genomlysning inför beslut om nationell högspecialiserad vård, Medfödda metabola sjukdomar
- Bilaga 1 remiss - Medfödda metabola sjukdomar

10. Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)

Diarienummer: 21RS9510

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Svar på remiss avseende Socialstyrelsen förslag om nationell högspecialiserad vård – Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan
- Bilaga 1 remiss - Sammanvägd bedömning HIPEC



11. Yttrande över sakkunniggruppens underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, isolerad hyperterm perfusion

Diarienummer: 21RS9511

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppens underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
- Bilaga 1 remiss - Isolerad Hyperterm Perfusion

12. Yttrande över sakkunniggruppens underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Diarienummer: 21RS9512

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.



Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden
- Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- Bilaga 1 remiss - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

13. Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, kurativt syftande behandling av vulvacancer

Diarienummer: 21RS9513

Föredragande: Martin Gunnarsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden



- Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- Underlag till remiss - Genomlysning inför beslut om nationellt högspecialiserad vård, kurativt syftande behandling av vulvacancer

14. Svar på remiss Börja med barnen! Följa upp och dela information för en god och nära hälsa (SOU 2021:78)

Diarienummer: 21RS10672

Föredragande: Eva Åkesson Enelo

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna förslag till svar som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga har här lämnat sitt slutbetänkande, SOU 2021:78, med titeln "Börja med barnen! Följa upp och dela information för en god och nära hälsa." Utredningens syfte är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är vidare också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Slutbetänkandet innehåller förslag och bedömningar gällande förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga.

Utredningen lämnar flera förslag och bedömningar som syftar till att undersöka huruvida det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, med elevhälsans medicinska insats och ungdomsmottagningarna inkluderat. Lagändringarna ska träda i kraft 1 juli 2022. Region Örebro län ser överlag positivt på de förslag som utredningen för fram, men framför i svaret ett antal synpunkter och kommentarer.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21 Svar på remiss Börja med barnen SOU 2021:78
- Svar på remiss Börja med barnen, Följa upp och dela information för en god och nära vård
- Bilaga 2 remiss - Slutbetänkande

15. Svar på remiss angående SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Diarienummer: 21RS10025



Föredragande: Eva Åkesson Enelo
Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna förslag till svar som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Örebro län har fått möjlighet att svara på den statliga offentliga utredningen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar, SOU 2021:80.

Utredningen har bland annat sett över och lagt fram förslag inom området privata sjukvårdsförsäkringar, dess konsekvenser för offentlig hälso- och sjukvård och hur det kan säkerställas att privata sjukvårdsförsäkringar inte ger fördelar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag syftar till en ökad kunskap och kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar, med syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för alla. Utredningen menar att frågor kring privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade och anser att det innebär att både staten och regionerna behöver ta ett större ansvar över området.

Region Örebro län ställer sig positiv till de föreslagna lagändringarna, men ifrågasätter varför den nationella väntetidsdatabasen inte ska innehålla uppgifter om privat finansierad vård.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-01-21 Svar på remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar SOU 2021:80
- Svar på remiss Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar SOU 2021:80
- Remissunderlag SOU 2021: 80

16. Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar

Diarienummer: 21RS10535

Föredragande: Carina Dahl, Ewa Sundkvist, Charlotte Edberger
Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna återrapporteringarna av uppdrag från beredningarna.



Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tilldelat de tre beredningarna ansvaret för ett antal uppdrag under 2021. Med anledning av uppdragen har rapporter sammanställts och överlämnats till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2022-01-21, Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar
- Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021 beredning psykiatri, habilitering, hjälpmedel
- Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag 2021, beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
- Återrapportering av uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden 2021, beredning för närsjukvård

17. Anmälning- och meddelandeärenden

Diarienummer: 21RS10848

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningens ärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut i upphandling av ultraljudsutrustningar, till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS3423.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal om ultraljudsutrustningar till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS6999.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut i upphandling UHLC-MS/MS, MT 2021-0008, 20RS12851.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för UHLC-MS/MS, MT 2021-0008, 21RS8873.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för endoskopisystem, MT 2021-0047, 21RS10827.
6. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om avgiftsbefrielse för läkemedel, 21RS10173, 21RS10174, 21RS10175, 21RS11425, 21RS11426.
7. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat personuppgiftsbiträdesavtal med



Medtronic om tillhandahållen förvaltning, administrativa och IT-supporttjänster för Carelink Diabetes, 21RS10691.

8. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat kompletterande överenskommelse nummer 3 till entreprenadkontrakt, H-huset, 18RS1178-198.

9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om åtgärd för att upprätthålla verksamheten inom vaccination mot covid-19, den 4 och 5 december 2021, 20RS13628-35.

10. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avskrivning av fakturor tillhörande dödsbon, 21RS11636-21RS11649, 21RS11508-21RS11522, 21RS11650.

11. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om om åtgärd för att upprätthålla verksamheten inom IVA-verksamheterna gällande covid-vårdplatser, 20RS13628-36.

12. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 2 vårdplatser på allmänpsykiatrisk avdelning 3, 2022-01-03 – 2022-05-31, 21RS1239.

13. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 6 vårdplatser på beroendecentrums avdelning 2021-12-01 – 2022-02-28, 21RS1239.

Meddelandeärenden:

1. Protokollsutdrag regionstyrelsen 2021-12-21, §310 Fördelning av medel för utökad vaccinationstäckning.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2022-01-21, Anmälnings- och meddelandeärenden
- §310 RS Fördelning av medel för utökad vaccinationstäckning

18. Information - Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar

Jonas Claesson informerar om:

- Aktuellt pandemiläge covid
- Pandemiplanering, vaccinationer
- Strategisk planering – nära vård, högspecialiserad vård, framtidens vårdinformationsstöd, faktabaserad styrning
- Organisationsöversyn, fortsättning områdesnivå



19. Information - Ekonomisk rapportering inklusive rapport från arbetet med handlingsplanen

Ekonomichef Peter Hansson informerar.

20. Information - Organiserad prostatacancertestning

Planeringschef Gustav Ekbäck informerar.

21. Information - Vårdplatssituation och tillgänglighet

Planeringschef Gustav Ekbäck informerar.

22. Besvarande av anmälda frågor

23. Presentationer och informationsmaterial



3

Initiering av upphandlingsuppdrag gällande utrustning för noninvasiv blåsvolymmätning till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 21RS8135

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8135

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering av upphandlingsuppdrag gällande utrustning för noninvasiv blåsvolymmätning till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandlingsuppdrag gällande utrustning för noninvasiv blåsvolymmätning till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattning

Nuvarande ramavtal på noninvasiva blåsvolymmätare sträcker sig till december 2021, därför planeras ny ramavtalsupphandling för perioden hösten 2022 till hösten 2026.

Beräknat totalt värde för ramavtalsupphandlingen är 6 000 000 kronor. Värdet är baserat på anskaffning av cirka 60 utrustningar under avtalstiden.

Upphandlingen omfattar även option på serviceutbildning.

Ärendebeskrivning

Nuvarande ramavtal på noninvasiva blåsvolymmätare sträcker sig till december 2021. För att säkerställa enhetliga utrustningar för noninvasiv blåsvolymmätning inom regionens olika verksamheter planeras ny ramavtalsupphandling för perioden hösten 2022 till hösten 2026.

Beräknat totalt värde för ramavtalsupphandlingen är 6 000 000 kronor. Värdet är baserat på anskaffning av cirka 60 utrustningar under avtalstiden, förutsatt att medel för detta äskas och beviljas budgetår 2023-2026.

Upphandlingen omfattar även option på serviceutbildning.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8135

Bedömning

För att uppnå en enhetlig utrustningspark föreslås denna ramavtals upphandling genomföras.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingen kommer hänsyn tas till miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiv. Vidare tas även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt den nationella uppförandekoden för leverantörer framtagna av Hållbar upphandling, Sveriges Kommuner och Regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Då ramavtalet avser kommande investeringar av utrustning för noninvasiv blåsvolymmätning för åren 2023 till 2026, finns i dagsläget inga beviljade medel och därmed inga ekonomiska konsekvenser som i nuläget är kända. Eventuella framtida investeringar beslutas av Regionfullmäktige.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt hösten 2022.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21, initiering av upphandlingsuppdrag MT 2021-0131
Initieringsbeslut MT 2021-0131

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Stina Hellstrandh, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

Initiering av Upphandlingsuppdrag, Dnr 21RS8135

Undertecknas av uppdragsgivare som enligt delegation* har rätt att initiera upphandling.

Syfte med upphandlingen

Nuvarande avtal löper ut ☒ Nytt avtal ☐	
Kortfattad beskrivning och omfattning av vad som ska upphandlas: Upphandling av utrustning för noninvasiv blåsvolymmätning till Hälso- och sjukvården Region Örebro län. Nuvarande ramavtal på noninvasiva blåsvolymmätare sträcker sig till december 2021. För att säkerställa enhetliga utrustningar för noninvasiv blåsvolymmätning inom regionens olika verksamheter planeras ny ramavtalsupphandling för perioden hösten 2022 till hösten 2026. Beräknat totalt värde för ramavtalsupphandlingen är 6 miljoner kronor. Värdet är baserat på anskaffning av ca 60 utrustningar under avtalstiden. Upphandlingen omfattar även option på serviceutbildning.	
Upphandlingens värde Uppskattad inköpsvolym per år ☐ eller totalt för hela avtalsperioden ☒	Önskad avtalsstart – datum Hösten 2022
Ekonomiska medel tas ur (gäller främst medicintekniska upphandlingar) Beviljad investeringsram ☒ Driftbudget ☐ År 23-26 Belopp Övrigt	

Verksamhetens kontaktperson och referensgrupp

Kontaktperson för upphandlingen – för- och efternamn Jonas Claesson	Telefon 019-6023700
E-post jonas.claesson@regionorebrolan.se	Förvaltning/Enhet/Avdelning Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Referensgrupp - ange personer som ska ingå i referensgruppen med namn, e-postadress och enhet Stina Hellstrandh, projektledare, stina.hellstrandh@regionorebrolan.se, Medicinsk teknik	

Beslut initiering av upphandling

Uppdragsgivaren garanterar härmed att beslut om anskaffning eller upphandlingens genomförande fattats enligt gällande delegationsordning samt att ekonomiska medel säkerställts för detta.		
Uppdragsgivare – förnamn och efternamn Karin Sundin	Telefon	E-post
Befattning Regionråd	Förvaltning/Enhet/Avdelning Hälso- och sjukvårdsnämnden	
Undertecknande -----	Datum	

* Rätten att initiera upphandling framgår av delegationsordningen.

För upphandling som beslutas av Regionstyrelsen

< 5 miljoner: Förvaltningschef
5-10 miljoner: Regiondirektör
> 10 miljoner: Politiskt beslut

För upphandling som beslutas av annan nämnd

< 5 miljoner: Förvaltningschef
> 5 miljoner: Politiskt beslut

Ifyllt och undertecknat uppdrag skickas till:

Medicinsk Teknik (medicintekniska upphandlingar)

Via internpost: Medicinsk teknik, F-huset, USÖ märkt "MT-upphandling"

Regionservice upphandling (övrigt)

Via e-post: upphandling@regionorebrolan.se

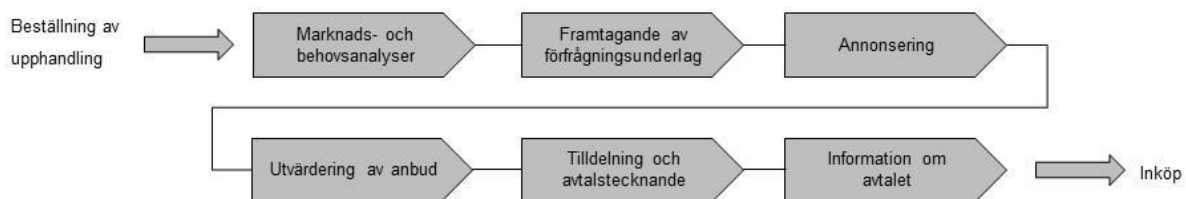
Förklaring och information

Om initieringsblanketten

Syftet med blanketten är att säkerställa att behörig person initierar en upphandling. Blanketten ger även ansvarig upphandlare viktig information om t.ex. vad som ska upphandlas, när upphandlingen ska ske och vilka från verksamheten som ska vara delaktig i upphandlingen. Utan dessa fakta kan inte upphandlaren starta arbetet med upphandlingen.

Om upphandlingsprocessen

En upphandling är en process där man på förhand bestämmer vad, hur och när en vara eller tjänst ska köpas. Materialet sammanställs i ett förfrågningsunderlag som sedan offentliggörs. Det är sedan upp till alla leverantörer som vill, att skicka in anbud. Efter utvärdering av anbud tilldelar sedan Region Örebro län till den leverantör/er som bäst uppfyller de krav som ställts i förfrågningsunderlaget.



Tiden för att genomföra en upphandling varierar beroende på vad som ska upphandlas. Tidsintervallet brukar vara mellan 4-12 månader.

För att kunna planera in och genomföra upphandlingen till det datum som verksamheten vill nyttja varan/tjänsten behöver således beställningen inkomma i god tid.

Om ansvar och roller i upphandlingen

För att genomföra en upphandling och säkerställa att verksamhetens krav och behov tillvaratas behövs både upphandlarkompetens och kompetens från berörd verksamhet.

Uppdragsgivare:

- Ansvarar för att initiera upphandlingen
- Ansvarar för att utse kontaktperson och referensgruppsmedlemmar till upphandlingen
- Ansvarar oftast för att skriva på avtalet

Upphandlare:

- Huvudansvarig för upphandling
- Ansvarar för att lagar och regler gällande upphandling följs
- Ansvarar för att alla formella aktiviteter i upphandlingen utförs
- Ansvarar för att sammanställa allt material under upphandlingen

Kontaktperson:

- Huvudansvarig från verksamheten i upphandlingen
- Ansvarar för samordning av referensgruppen
- I övrigt samma ansvar som en referensgruppsmedlem

Referensgruppsmedlem:

- Ansvarar för att medverka på leverantörsträffar och dylikt innan upphandlingen påbörjas
- Ansvarar för att ta fram kravspecifikation på den vara/tjänst som ska upphandlas
- Ansvarar för att specifika lagar och regler från verksamheten beaktas i upphandlingen
- Ansvarar för att delta i utvärdering av anbud
- Ansvarar för att informera och utbilda andra i verksamheten om avtalet

Både kontaktperson och medlemmar i referensgruppen måste således kunna avsätta del av sin arbetstid för att arbeta med upphandlingen.



4

Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik 21RS9507

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Ted Rylander

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS95079507-
9516

Organ
Hälsö- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälsö- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller förslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturerings som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationellt högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas. Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Ted Rylander

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS95079507-
9516

7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi
9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Systemisk amyloidosis
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9507

Er beteckning:
36548/2019-20

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationellt högspecialiserad vård – Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik. Region Örebro län vill med anledning av förslaget lämna följande yttrande:

Region Örebro län tillstyrker inte att vårdområdet bör bedrivas som nationellt högspecialiserad vård. I sakkunniggruppens förslag anges att vården i huvudsak utförs vid fem av landets universitetssjukhus. Trots en förhållandevis låg volym om cirka 110 ingrepp årligen föreslås fem enheter baserat på en uppskattad framtida volymökning, det vill säga motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

Med tanke på att tillgång till särskild kompetens såsom thoraxkirurgi krävs inom vårdområdet förefaller det osannolikt att vården i framtiden kommer att bedrivas utanför landets universitetssjukhus. Utifrån att vården redan idag bedrivs vid fem enheter och att omfattningen av en framtida volymökning är oklar saknas tillräckligt tydliga argument för att nivåstrukturering bör ske inom ramen för nationell högspecialiserad vård.

För Region Örebro län

Karin Sundin (S)

Jonas Claesson

Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden Hälso- och sjukvårdsdirektör

Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik

Sakkunniggruppens underlag
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för Avancerad endoskopisk diagnostik och behandling i övre och nedre luftvägarna vårdområdet Trans-bronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade, för en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Definition	7
Avgränsningar	8
Vårdområde	10
Särskilda villkor	13
Konsekvensanalys.....	15
Uppföljning och utvärdering	19
Deltagare i sakkunniggrupp	20
Om nationell högspecialiserad vård	21

Ordlista

ANOPIVA	Anestesi operation intensivvård
DT	Datortomografi, en medicinsk avbildningsteknik, kallas i dagligt tal ofta CT eller skiktröntgen
ECMO	Extracorporeal Membran Oxygenering, syresättning av blodet utanför kroppen via ett membran, liknande ”hjärtlungmaskin”
MRT	Magnetresonanstomografi, en medicinsk avbildningsteknik med s.k. magnetkamera
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad vårdenhet
PET	Positronemissionstomografi, en medicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av isotopmärkta preparat
UVA/IVA	Uppvakningsavdelning/intensivvårdsavdelning
ÖNH	Öron- näsa- och halssjukdomar

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet att Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid fem vårdenheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex, sällan förekommande, teknik- och utrustningskrävande och dyr. Vården kräver en multidisciplinär flexibilitet och högspecialiserad kompetens inom lungsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar (ÖNH), anestesi och intensivvård, thoraxkirurgi och thoraxanestesiologi. Tillgång till ämnesprofilerad radiolog och patolog är fundamental för adekvat diagnostik och behandling.

Sakkunniggruppen finner att en koncentration av aktuell vård till fem enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås. Att koncentrera vården ytterligare bedöms inte ändamålsenligt då det kan ge negativa konsekvenser ur tillgänglighetsperspektiv och medföra negativa konsekvenser för bibehållen erfarenhet och kunskapsupbyggnad för varje enskild enhet. Därtill förväntas en ökning av diagnostiska biopsier.

Konsekvenserna av en koncentrerad vård är övervägande positiva, då det medför ett samlat patientunderlag för sällandiagnostik och en resurseffektiv, säker vård. Genom att klart definiera enheter som utför diagnostiken blir en konsekvens att fler patienter blir riktigt diagnosticerade och därigenom ökar möjligheterna för lika vård. Koncentrationen av beskriven vård ökar också förutsättningarna för undervisning, utveckling och forskning.

Sakkunniggruppen bedömer att påverkan på akutsjukvården sannolikt blir försumbar. Omkringliggande områden i vården kan påverkas i viss utsträckning genom exempelvis ändrade vårdkedjor och viss risk för undanträngningseffekt på de utvalda enheterna. I viss mån kan det leda till förlängd utredningstid vid mindre prioriterade tillstånd som kräver transbronkiell diagnostik (exempelvis sarkoidos). Fördelarna med nationell koncentration överväger genom bland annat ovannämnda vinster samt ett förväntat ökat attraktionsvärde för specialister inom vårdområdet och forskning knuten därtill. Därutöver kan de nationella enheterna samarbeta för att avlasta varandra.

Definition

Sakkunniggruppen för Avancerad endoskopisk diagnostik och behandling i övre och nedre luftvägarna bedömer att nedanstående ska utgöra nationell högspecialiserad vård.

Vuxna patienter med oklar interstitiell lungsjukdom som uppfyller indikation för transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik ska remitteras till en nationell högspecialiserad vårdenhet för bedömning och provtagning.

Antal vårdenheter

Fem vårdenheter.

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har genomlyst följande områden i ett separat sakkunniggruppsunderlag:

1. Planerade endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder (distalt om larynx) med risk för andningsstopp, exempelvis, men inte uteslutande:
 - a) Debulking (exempelvis mha laser, shaver, diatermi, kryo)
 - b) Dilatationer av stenoser
 - c) Stentbehandling
2. Avancerad behandling av komplicerade fistlar till och från luftvägarna.
3. Endobronkiell lungvolymsreducerande behandling vid emfysem, exempelvis, men inte uteslutande, ventilbehandling
4. Hellunglavage
5. Avancerad endobronkiell medicinsk behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar, exempelvis, men inte uteslutande, brachyterapi.

Sakkunniggruppen har också identifierat områden som inte bör ingå i tillståndet men bör nivåstruktureras inom varje samverkansregion:

1. Endoskopiska åtgärder som utgör stor volym och/eller utgör rutindagnostik, exempelvis:
 - Kryobehandling vid andra indikationer än den som definierats ovan
 - Endoskopiska rutinåtgärder vid andra indikationer, som vidare exemplifierats under rubriken ”Avgränsningar” i underlaget för Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna.
2. Terminalvård, d.v.s. det sista skedet i palliativ vård, bör ske i hemregionen

Följande områden är redan genomlysta eller genomlyses parallellt av en annan sakkunniggrupp:

1. Brachyterapi vid huvud- och halscancer
2. Huvud- och halstumörer
3. Matstrupskirurgi

4. Svåra kroniska lungsjukdomar hos barn. Gällande ILD i denna definition ingår konsultation, bedömning, eventuell utredning samt ställningstagande till vidare handläggning och behandlingsstrategi hos barn med misstänkt eller diagnosticerad ILD.

Sakkunniggruppen har även identifierat några områden för eventuell framtida genomlysning, se underlaget för Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna.

Vårdområde

Nuläge

Årligen utförs ca 110 transbronkiella subpleurala lungbiopsier med kryoteknik med frågeställningen oklar interstitiell lungsjukdom (ILD). Metoden kallas ibland perifera pleurala kryobiopsier och kommer benämnas så fortsättningsvis i detta underlag.

ILD är en heterogen grupp tillstånd som i första hand drabbar lungparenkymet och som typiskt ger en restriktiv lungfunktionsnedsättning och försämrad diffusionskapacitet. Vissa ILD är ofta självbegränsande, som organiserande pneumoni, medan andra har hög dödlighet, som idiopatisk lungfibros. Inom området är varje subgrupp av ILD relativt sällsynt, men som helhet betraktade är ILD inte ovanliga sjukdomstillstånd. Farhågor finns också att denna grupp kommer att öka efter pandemin av covid-19. Det är viktigt att differentiera fenotyp, då detta kan påverka val av behandling så väl som prognos. Många läkemedel vid ILD är dyra och behäftade med en rad biverkningar, vilket också medför ett stort behov av korrekt diagnos. Både ur ett psykosocialt perspektiv men också av sjukdomsbiologiska orsaker bör tiden mellan välgrundad misstanke, diagnos och behandling vara så kort som möjligt.

För diagnostik av ILD har kirurgiska biopsier via öppet eller videoassisterat ingrepp (VATS) traditionellt varit standard för morfologisk diagnostik, men perifera pleurala kryobiopsier får en allt större roll i diagnostiken. Dessa biopsier tas transbronkiellt med medföljande pleural/subpleural vävnad, vilket behövs för att bedöma typ av fibros och i bästa fall genes. Man har i en genomgång av kirurgiska lungbiopsier sett att det behövs minst en biopsistorlek på 5 mm för diagnos. Kryobiopsierna har därmed en fördel jämfört med andra endoskopiska biopsier eftersom de möjliggör en större biopsi.

Vid ingreppet finns risk för pneumothorax och blödningar. Komplikationsrisken kräver stort kunnande och tillgång till teamverksamhet med hög personaltäthet, specifik samordning och planering. Utrustningen är kostsam och komplicerad. De operativa salar som nyttjas är specialanpassade för uppdraget. För att kontrollera behandlingsutfall och tidigt upptäcka eventuella komplikationer, kontrolleras patienten postoperativt med röntgen och träffar sin patientansvariga läkare eller motsvarande innan hemgång.

Idag utförs perifera pleurala kryobiopsier med frågeställning ILD i huvudsak på fem av Sveriges universitetssjukhus. De olika sjukhusen har dock olika erfarenhet och kunskap när det gäller själva utförandet av kryobiopsi och av hantering av komplikationer. Det kan finnas ett mörkertal avseende de förväntade vårdvolymerna, då vissa patienter idag sannolikt inte blir remitterade till denna undersökning, bl.a. beroende på tradition och begränsad tillgång till teknik och kompetens.

Vårdvolym

Uppskattningsvis görs ca 110 perifera pleurala kryobiopsier med frågeställning ILD per år nationellt. Såväl det faktiska antalet som antalet i relation till befolkning varierar i de olika samverkansregionerna. Som ovan nämnts kan det finnas ett mörkertal då vissa patienter sannolikt inte blir remitterade. Sakkunniggruppen uppskattar att volymerna även kan komma att öka i och med tydligare remitteringsvägar och en ökad efterfrågan på denna typ av diagnostik, vilket kan motivera förslaget att inte koncentrera vården ytterligare än de föreslagna fem enheterna.

Forskning

För närvarande finns inte några pågående nationella forskningsprojekt inom kryobiopsier men ett par doktorandprojekt är under uppstart. Ett exempel på samarbetsprojekt är en tvärsnittsstudie för biomarksforskning hos bl.a. astmatiker och patienter med interstitiell lungsjukdom. Dylika samarbetsprojekt skulle underlättas i alla aspekter genom ett samlat patientunderlag. Ett annat exempel på tvärvetenskaplig forskning med klinisk tillämpbarhet är en studie där tyrosinkinashämmare används för behandling av såväl idiopatisk lungfibros som ILD.

En nationell koncentration skulle öka förutsättningarna för datainsamling, forskning och utveckling genom ett tydligt samverkansansvar inom det aktuella området. Det finns idag ett nationellt fibrosregister, som hittills innehåller relativt få patienter. Sannolikt bidrar nationell koncentration till att kvaliteten i dylika nationella register förbättras och en nationell utvärdering av metodik och resultat initieras. Forskningen underlättas av systematisering och skulle vinna på centralisering av ovanliga metoder.

Internationell utblick

I Norge är vården vid perifera pleurala kryobiopsier koncentrerad till två enheter, men i förekommande fall flyttar sig undersökande läkare till annan enhet för att utföra undersökningen.

I Danmark har man koncentrerat vården vid denna diagnostik på tre centra.

I Storbritannien hanteras kritisk vård av svår luftväg med förväntat behov av extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) på nationell högspecialiserad vårdnivå. Sakkunniggruppens genomlysta förslag inkluderar krav på beredskap för ECMO vid komplikation till en transbronkiell subpleural lungbiopsi på NHVe.

Framåtblick

En koncentration av perifera pleurala kryobiopsier förväntas medföra ett samlat patientunderlag samt mer likvärdig, säker och resurseffektiv vård och forskning. Vidare förväntas en koncentrerad vård öka förutsättningarna för kvalitetsförbättring och ökad patientsäkerhet, i och med att antalet utövare

begränsas så att de som innehar tillstånd får goda chanser att bygga upp metoderfarenhet. En formalisering av den aktuella vården bidrar sannolikt även till enhetlighet, tydliga remissvägar, kunskapsutveckling och strukturerad implementering av nya behandlingsmetoder vilket medför en kvalitetssäkring för likvärdighet. Sakkunniggruppen finner att fem enheter för aktuell vård skulle gynna dessa förutsättningar och samtidigt omhänderta en prospektiv förväntad ökning av diagnostiska biopsier utan att påverka tillgängligheten. Fler enheter än vad som föreslagits kan ge negativa konsekvenser för möjligheterna till erfarenhets- och kunskapsuppbyggnad per enhet. De fem nationella enheterna bör spridas geografiskt för hantering av akuta komplikationer till den nationella vården. Att koncentrera vården ytterligare skulle ha negativa effekter på tillgänglighet och försvåra transporterna för dessa patienter, som inte sällan behöver marktransport.

Patienter med frågeställning ILD bör diskuteras på medicinsk multidisciplinär konferens inkluderande kompetens inom lungmedicin, patologi, radiologi, klinisk fysiologi, anestesi och intensivvård samt thoraxkirurgi/perfusion. Inför ingreppet behöver risken för komplikationer övervägas ställt mot den förväntade effekten, i samråd med patient och anhöriga.

Inom det aktuella vårdområdet behövs hög, snabb och flexibel teknisk och icke-teknisk kompetens, liksom välfungerande och korta beslutsvägar för att säkerställa kvaliteten vid sällan förekommande vård, utveckling och forskning. Det multidisciplinära teamet behöver vara dynamiskt och kräver återkommande teamövningar, standardiserad kommunikation och klok struktur för arbetet. Det innebär ett förändrat arbetssätt kring sällanförekommande vård. Det är önskvärt att de nationella enheterna samverkar såväl med varandra som med internationella motsvarigheter för att öka erfarenhets- och kunskapsutbyte.

Vid en Nationell högspecialiserad vårdenheter (NHVe) ska patienten erbjudas effektiv standardiserad utredning. Vårdprocessen från utredning till behandling skall samordnas och koordineras. Tillgängligheten säkerställs genom kontaktsjuksköterska för snabb och effektiv ämneskunskap som ett tryggt komplement till patientansvarig läkare. Den interhospitala transporten skall ske med patientens bästa i fokus. Det genomlysta vårdområdet omfattar specifika krav på eftervård. Därför behövs ett nära samarbete mellan NHVe och hemsjukhuset. Individuella vård- och rehabiliteringsplaner skall upprättas tillsammans med patienten och följas med patienten mellan hemsjukhuset och NHVe.

Särskilda villkor

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48 om nationell högspecialiserad vård). Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

Kompetens och resurser	
Kritisk medicinsk kompetens (läkare)	Vid samtliga enheter ska det finnas läkare med särskild kompetens inom transbronkiella subpleurala lungbiopsier med kryoteknik (perifera pleurala kryobiopsier): • Specialist i lungsjukdomar • Anestesiolog/thoraxanestesiolog, van vid specialventilation ex jet • Thoraxkirurg • Radiolog med thoraxkompetens (tillgänglig fysiskt eller digitalt) • Patolog med inriktning mot ILD (tillgänglig fysiskt eller digitalt) • Klinisk fysiolog
Andra typer av kritisk kompetens (t.ex. sjuksköterska, kurator, psykolog eller fysioterapeut med specialkompetens)	Vid samtliga enheter ska det finnas personal med särskild kompetens inom transbronkiella subpleurala lungbiopsier med kryoteknik (perifera pleurala kryobiopsier): • Anestesisjuksköterska med erfarenhet av avancerad luftväg • Endoskopisköterska/operationssköterska • Sjuksköterska med särskild kompetens inom omvårdnad vid svår luftväg
Kritiska medicinska resurser (utrustning, lokaler etc.)	• Metod att hålla fri luftväg ex stelt bronkoskop/stelt laryngoskop eller motsvarande under ingreppet • Flexibla videobronkoskop med adekvata tillbehör för det tillståndsgivna området
Andra områden (ffa medicinska) som är en förutsättning för att den föreslagna vården ska kunna bedrivas	• Thoraxintensivvård med möjlighet till ECMO-behandling • UVA/IVA och vårdavdelning med kunskap om vårdområdet

	• Klinisk fysiologisk verksamhet inkluderat personal och utrustning • Kliniskt patologiskt laboratorium med lungmedicinsk kompetens
Kritiska diagnostiska metoder	• Radiologi passande för ingreppet, exempelvis för genomlysning • MRT/DT/PET-CT • Klinisk fysiologiska diagnosinstrument
Behandling som behöver finnas men som inte är definierat som NHV (t.ex. medicinsk, kirurgisk, interventionell radiologi)	
Rehabilitering som behöver finnas men som inte är definierat som NHV (särskilt anpassad till behovet)	• Funktionell andningsterapi; logoped och/eller fysioterapeut med specialkompetens • Kontaktsjuksköterska med särskild kompetens inom vårdområdet • Kurator med kompetens knuten till lungmedicinska specialiteter • Dietist
Övrigt (krav på NHVe att utveckla t.ex. vårdplaner etc.)	• NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs. • NHVe ska verka för att etablera ett starkt nationellt nätverk och internationella samarbeten inom tillståndsområdet. • NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.

Konsekvensanalys

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)	Nationell koncentration ger en jämlik tillgång till högkvalitativ vård för perifera pleurala kryobiopsier oavsett var i landet man bor. Remitteringsvägarna blir nationellt tydligare och mer enhetliga med möjlighet även till rådgivning via NHVe. Nationell koncentration kan innebära fler/längre resor för vårdtagaren men till priset av en mer sammanhållen, resurseffektiv och jämlik vård, vilket även bör kunna påverka överlevnaden positivt. Förbättrad diagnostik och behandling ger en förväntad bättre vårdkvalitet och ökad patientsäkerhet. Redan idag innebär vården vanligen en resa från sin hemort eftersom dessa patienter i nulöget undersöks/diagnosticeras på universitetssjukhus. Efter att ha vårdats vid NHVe får patienten med sig en vård och rehabiliteringsplan för fortsatt vård på hemorten. En överflyttning av patient från NHVe till hemsjukhuset stimulerar till kunskapsutveckling och samarbete. Sakkunniggruppen väntar små eller inga problem med försening av diagnostiska undersökningar och bedömningar på NHVe, då patientgruppen hanteras skyndsamt pga andningssvårigheter. Patientgruppen hanteras inom slutenvårdsramar.
Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring	En nationell koncentration av aktuell vård medför sannolikt en minimal kompetensförlust då antalet utförda ingrepp i landet redan är få och centraliserade.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
	Antalet fall per år som kommer att behandlas/diagnostiseras inom det föreslagna sjukvårdsområdet kommer sannolikt även i framtiden att vara ett fåtal, varför denna åtgärd behöver koncentreras till fem NHVe i syfte att generera individ- och gruppkompetens. En möjlig risk är att kunskapen om vissa begränsande undergrupper inom det definierade sjukvårdsområdet minskar vid lungmedicinska enheter som inte faller inom NHV. Detta kan kompenseras genom att NHVe får ett tydligt utbildningsansvar såväl inom som utanför NHVe och att patienterna i många fall behöver förberedande ingrepp för transportabilitet till NHVe. Ett ökat samarbete genom konsultationer, utbildning och kunskapsöverföring mellan NHVe och regioner kommer att leda till ökad vårdssäkerhet och resurseffektivitet för hela patientgruppen inom det föreslagna sjukvårdsområdet.
Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?	Förutsättningarna att bedriva forskning och utveckling kan öka eftersom nationell koncentration skapar en möjlighet till ett större, mer komplext forskningsunderlag inte minst ur en biobanksaspekt. Sannolikt bidrar uppdraget även till en bättre kvalitet i det nationella kvalitetsregistret. Forskningen kan även främjas genom ett tydligt samverkansansvar mellan NHVe.
Påverkan på närliggande områden	Koncentration av perifera pleurala kryobiopsier kan ha viss undanträngningseffekt på annan benign kirurgi men denna förväntas vara liten i och med att antalet ingrepp är få. Viss kapacitet kan sannolikt friställas för ingrepp av mindre högspecialiserad karaktär på enheter som inte tilldelas tillstånd för NHV. Viss risk identifieras för kompetensförlust inom regionvård avseende de specialiteter som inte tilldelas tillstånd för NHV. Den risken bedöms som liten i och med att antalet patienter är få.
Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta området i stort.	Ingen påverkan på akutsjukvården men en liten påverkan på intensivvården på sjukhus med NHV-uppdrag i och med att patientantalet är lågt. Övergående IVA-vård kan förväntas utifrån förutbestämd vårdnivå för den aktuella vårdtagaren. Vid akuta komplikationer kan det vara svårt för hemsjukhuset att hantera detta om den avancerade endoskopiska kompetensen saknas. Det kan innebära att pa-

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
	tienten behöver vård på närmaste universitetssjukhus alternativt NHVe. Antalet tilldelade NHVe måste ha en geografisk täckning för hantering av ev. komplikationer. För de vanligaste komplikationerna finns dock beredskap kvar regionalt genom att det definierade området utgör en mindre del av de luftvägsendoskopiska ingreppen.
Påverkan på vårdkedjan	Med nationell koncentration finns förutsättningar för en effektivare vårdkedja och kortare ledtider. För att få till en nationell multidisciplinär enhetlighet kring avancerad endoskopisk perifer kryobiopsi och optimal vård behövs en viss vårdvolym, vilket underlättas av vilket underlättas av en nationell koncentration.
Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av ökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)	Multidisciplinära möten för diskussion om perifer kryobiopsi är delvis planerade men relativt kort framförhållning kan ändå behövas inom lungmedicin. Dessa MDK förväntas inte konsumera resurser, mer än inom lungmedicin och ANOPIVA, även om beredskap för en mer omfattande vårdinsats med ovan beskriven specialistläkar- och vårdpersonalkompetens snabbt behöver kunna mobiliseras. Något ökad volym kan väntas på de enheter som berörs men eftersom antalet patienter är få väntas påverkan på NHVe bli liten Ett tydligt uppdrag för NHVe kommer sannolikt att utgöra ett attraktionsmoment för specialister inom berörda områden Samarbete mellan NHVe kan minska sårbarhet vid tillfälliga problem med kompetensförsörjning inom berörda specialiteter Det finns en identifierad risk att förlora kompetens för kliniker som inte tilldelas tillstånd för NHVe. Detta måste kompenseras med utbildning från NHVe.
Eventuella konsekvenser för sjuktransporter	Patienter är i specifika fall i behov av speciella transporter med hög vårdkompetens. Exempelvis är flygtransport inte aktuellt för vissa patienter även om det är den snabbaste transportmetoden. För dessa patienter krävs marktransport som har en hög kompetens för vårdområdet och som pågår under längre tid.
Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsvisioner	I framtiden kommer tillgången och efterfrågan på perifera pleurala kryobiopsier att öka ur en diagnostisk synvinkel i och med att sjukdomsprevalensen av ILD ökar.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
Övriga kommentarer:	

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter/bedömningar/remisser till NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller typ av ingrepp om relevant
Bakgrundsmått – Antal behandlingar	Antal ingrepp vid NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller typ av ingrepp om relevant
Bakgrundsmått - Vårdtid	Vårdtid (i dygn) inneliggande patienter Datum för utskrivning minus datum för inskrivning
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remissankomst till bedömning Datum för bedömning minus datum för remiss
Tillgänglighetsmått – tid till behandling	Tid (i dagar) från remissankomst till åtgärd Datum för åtgärd minus datum för remissankomst
Medicinska resultat	Komplikation (ex pneumothorax, grad av blödning)
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder (om relevant) • Kön – noteras att ILD är vanligare hos män än kvinnor • Patientens hemregion (folkbokföringsadress)	

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Stockholm: Ranjh Hamed, specialist inom lungsjukdomar

Samverkansregion Linköping: Maria Öhman, specialist inom lungsjukdomar
samt internmedicin och intensivvård

Samverkansregion Umeå: Katarina Olofsson, specialist inom öron-, näs- och
halssjukdomar med grenspecialitet inom röst och talrubbningar

Samverkansregion Lund/Malmö: Stefan Barath, specialist inom lungsjukdo-
mar

Samverkansregion Göteborg: Margaretha Smith Wallhede, specialist inom
lungsjukdomar och internmedicin

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Leif Nordang, specialist inom öron-,
näs- och halssjukdomar

Patientföreträdare: Tommy Björk, Lungcancerföreningen

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

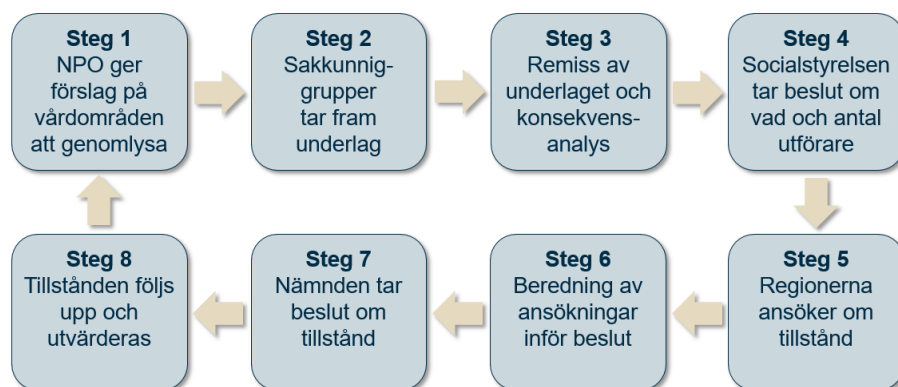
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet vårdenheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



5

Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, svårbehandlade epilepsi

21RS9514

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9514

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9514

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9514

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9514

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidos
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9514

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård, svårbehandlad epilepsi

Definition av vårdområdet

Omkring en tredjedel av alla patienter med epilepsi är att betrakta som farmakologiskt terapiresistenta och kan komma ifråga för mer avancerad utredning och behandling. Avancerad epilepsikirurgisk utredning är ett alternativ som kan övervägas och utifrån angivna volymer liksom den komplexitet som krävs lämpa sig för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser emellertid att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag att koncentrera beslut om VNS-behandling riskerar att avsevärt fördröja och minska tillgängligheten till denna behandlingsform. Med tanke på att avancerad epilepsikirurgisk utredning beaktas innan insättning av VNS torde det inte ha negativ inverkan på möjligheterna till epilepsikirurgi.

Region Örebro län anser att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för bred formulerad. Utvecklingen inom cell- och genterapi är i stark utveckling men hur den kommer att se ut i framtiden i relation till epilepsivård är svårt att förutsäga, varpå kopplingen till nationell högspecialiserad vård i nuläget är otydlig.

Region Örebro tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva denna vård.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga invändningar mot dessa.

Alt. Argument till varför ett villkor inte anses rimligt/lämpligt

Konsekvensanalysen

Region Örebro bedömer att konsekvensen förhoppningsvis blir en förbättrad vård för våra patienter. Vår regions patienter reser ju redan för denna typ av utredning och behandling så detta förslag förändrar inte den situationen.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro bedömer att detta är en rimlig utveckling och vi är beroende av ett väl fungerande samarbete även framöver vad gäller avancerad utredning och behandling av patienter med svårbehandlad epilepsi.

För Region Örebro län

Svårbehandlad epilepsi

Sakkunniggruppens förslag på nationell
högspecialiserad vård
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för svårbehandlad epilepsi vårdområdet och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista och förklaringar	5
Sammanvägd bedömning	6
Definition	7
Vårdområde	9
Särskilda villkor	18
Konsekvensanalys	20
Uppföljning och utvärdering	25
Referenser	26
Deltagare i sakkunniggrupp	27
Om nationell högspecialiserad vård	28

Ordlista och förklaringar

DBS	Djup hjärnstimulering mot mål i thalamus, kirurgisk metod som kan ge anfallslindring (FoU idag)
DT	Datortomografi, en medicinsk avbildningsteknik, förkortas i dagligt tal ofta CT
EEG	Elektroencefalografi, metod för att registrera hjärnbarkens elektriska aktivitet med hjälp av elektroder utanpå skalpen
EP	Epilepsi
fMRI	Funktionell magnetresonanstomografi (functional magnetic resonance imaging), radiologisk metod som mäter hemodynamisk respons vid neurologisk aktivitet
LITT	Laserablation som är en minimalinvasiv epilepsikirurgiteknik (laser interstitial thermal therapy).
MDK	Multidisciplinär konferens
MEG	Magnetoencefalografi
MR	Magnetresonanstomografi, medicinsk avbildningsteknik med s.k. magnetkamera
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad enhet
NPU	Neuropsykologisk utredning, NPU består av intervju, observation och psykometriska instrument som avser att utvärdera individens kognitiva och psykiska funktioner samt beteenden.
nTMS	Navigerad transkraniell magnetstimulering, neurofysiologisk undersökningsmetod för att med magnetstimulering lokalisera olika hjärnfunktioner såsom motorik och språk
PET	Positronemissionstomografi, medicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av isotopmärkta preparat
SEEG	Stereo-elektroencefalografi, metod för att registrera elektrisk aktivitet i hjärnans djupare delar med hjälp av stereotaktiskt inlagda elektroder
SNESUR	Svenska nationella epilepsikirurgiregistret (Swedish National Epilepsy Surgery Register)
SPECT /SISCOM	Enfotonsemissionstomografi (SPECT) och Subtraction Ictal SPECT Co-registered to MRI (SISCOM), funktionella imagingtekniker
VNS	Vagusnervstimulering. VNS är en metod där vagusnerven stimuleras via en elektrod på halsen, kopplad till en pulsgenerator.

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet *svårbehandlad epilepsi* att det som framgår av definitionen nedan ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid tre enheter. Viss sällankirurgi ska koncentreras ytterligare till en enhet.

Detta bedöms vara vård som är komplex och sällan förekommande. Den aktuella vården kräver också en viss volym och multidisciplinär kompetens för att uppnå god kvalitet. Vården är multidisciplinär då bland annat neurolog, barnneurolog, neurokirurg, neurofysiolog, neuroradiolog och neuropsykolog behövs. För vård av barn behövs ytterligare professioner i teamet.

Kunskapsutvecklingen vid svårbehandlad epilepsi är snabb, och eftersom orsakspanoramat är mycket heterogent behöver behandlingen (både kirurgisk och icke-kirurgisk) vara individanpassad. Detta ställer stora krav på bred och djup kompetens hos det samtrimmade och högspecialiserade multidisciplinära teamet som handlägger ovanliga eller komplexa epilepsier. Det är inte möjligt för alla universitetssjukhus i landet att erbjuda kompletta multidisciplinära team och patientunderlaget är därtill för litet för att upprätthålla sådan kompetens i samtliga regioner. För koncentration talar också internationell konsensus kring minimivolymer vid epilepsikirurgi.

Sakkunniggruppen anser att en koncentration av aktuell vård till tre enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen. Detta samtidigt som att hälso- och sjukvårdens resurser kan användas mer effektivt. Med nuvarande patientvolym för avancerad utredning och epilepsikirurgiska ingrepp (ett hundratal utredningar och cirka 40 operationer årligen) anser sakkunniggruppen att tre nationella enheter säkrar upp också för ökande volymer.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva, främst eftersom alla patienter, oavsett hemort, får lika stor möjlighet att utredas och behandlas på ett center med en bred och djup kompetens för svårbehandlad epilepsi. Ett samlat patientunderlag för sällaningrepp medför en säker och resurseffektiv vård samt bättre förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling. Vidare bedömer sakkunniggruppen att akutsjukvården inom detta område inte kommer att påverkas av förslaget. Närliggande vårdområden kan påverkas i viss utsträckning, eftersom epilepsipatienter då kan tränga undan exempelvis andra patienter i behov av neurofysiologisk undersökning.

Definition

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter denna vård ska bedrivas.

Vid svårbehandlad epilepsi ska viss avancerad utredning och behandling utgöra nationell högspecialiserad vård. Förslaget avser både barn och vuxna.

Med viss avancerad utredning och behandling avses:

- Epilepsikirurgisk utredning utöver basutredning
- Beslut om insättning av vagusnervstimulering (VNS)
- Epilepsikirurgiska ingrepp (inkl. nya behandlingsmetoder så som invasiv neurostimulering/modulering, laserablation [LITT] och djup hjärnstimulering [DBS])
- Bedömning av särskilt komplex genetisk eller metabol diagnostik med svårtolkade resultat eller där potentiell precisionsmedicinsk terapi är aktuell
- Ställningstagande till och rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller gen-terapi, samt ansvar för uppföljning/monitorering av sådan behandling

Med svårbehandlad epilepsi avses patienter som har farmakologiskt terapiresistent epilepsi. Även patienter med epilepsi i behov av komplex genetisk eller metabol diagnostik och behandling ingår.

Med epilepsikirurgi avses neurokirurgi där svårbehandlad epilepsi är huvudindikationen.

Antal enheter

Sakkunniggruppen föreslår att vården ska bedrivas på tre enheter.

Sakkunniggruppen föreslår att *sällankirurgi* i form av hemisfärotomi samt operation vid hypothalamushamartom koncentreras ytterligare och utförs på en av de tre enheterna.

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har i sin genomlysning gjort följande avgränsningar till området.

Följande områden, med koppling till definitionen, ingår ej i definitionen och ska ej koncentreras på nationell nivå:

1. Basutredning vid terapiresistent epilepsi ingår inte i definitionen. Denna initiala avancerade utredning bör finnas på samtliga universitetssjukhus och vara en del av basutbudet vid utredning av patienter med terapiresistent epilepsi, i enlighet med nationella riktlinjer. Detta för att ha en god och tillgänglig vård för en stor patientgrupp.
2. Enskilda undersökningsmoment ingående i icke-invasiv epilepsikirurgisk utredning utöver basutredning kan, om förutsättningarna finns, utföras vid samtliga universitetssjukhus. Däremot ska ansvaret för, och tolkningen av, utredningen som helhet ligga på NHVe.
3. Med epilepsikirurgi avses neurokirurgi där svårbehandlad epilepsi är huvudindikationen. Liknande neurokirurgiska ingrepp, vid exempelvis kavernom och låggradiga gliom, som utförs på annan indikation (t.ex. malignitetsmisstanke eller blödningsrisk) omfattas ej av förslaget.
4. Inläggning av VNS samt uppföljning och stimulatorbyte omfattas ej av definitionen utan kan ske på samtliga universitetssjukhus. Ingreppet är relativt tekniskt enkelt och har en låg risk. Beslutet om VNS däremot ska ske på epilepsikirurgirond med NHVe.
5. Icke-epileptiska anfall (PNES) ingår inte i definitionen. Dessa anfall orsakas inte av epilepsi. Däremot kan många av patienterna finnas i populationen svårbehandlad epilepsi och utredas av epilepsiteam på universitetssjukhus.
6. Ställningstagande till och behandling med ketogen kost bör kunna ske vid samtliga universitetssjukhus. Vid behov kan NHVe bistå med stöd för insättning av ketogen kostbehandling.
7. Genetisk rutindiagnostik vid epilepsi skall kunna ske vid alla landets universitetssjukhus.

Vårdområde

Nuläge

Det vårdområde som sakkunniggruppen genomlyst, för att utreda vad inom området som bör koncentreras nationellt, är svårbehandlad epilepsi. Den vård som utifrån sakkunniggruppens genomlysning föreslås att koncentreras nationellt beskrivs ovan under rubriken *Definition*.

Epilepsi förekommer hos 0,5–1 % av befolkningen, vilket innebär att cirka 81 000 personer i Sverige har epilepsi, varav cirka 10 000 barn. Varje år tillkommer epilepsi hos cirka 5 500 personer. Ungefär en tredjedel av patienterna blir inte anfallsfria av läkemedel utan har fortsatta epileptiska anfall trots behandling med minst två korrekt valda antiepileptiska läkemedel, i adekvata doser enskilt eller i kombination (farmakologiskt terapieresistent epilepsi) [1]. Dessa personer är i behov av avancerad utredning och behandling. Detta förslag avser en del av denna population samt epilepsipatienter i behov av komplex genetisk eller metabol diagnostik och behandling.

Epilepsi kan bero på genetiska orsaker eller olika typer av medfödda/förvärvade hjärnskador, men för ungefär hälften av patienterna är orsaken till epilepsin okänd. För att möjliggöra en god vård för patientgruppen krävs insatser från ett väl fungerande multidisciplinärt team med tät kontakt där samtliga har erfarenheter av den mycket heterogena patientgruppen och alla de olika utrednings- och behandlingsalternativ som står till buds. De avancerade utredningarna och ingreppen är högspecialiserade och komplexa i både utförande och tolkning och kräver kompetenser med specifik utbildning och lång erfarenhet. Flertalet av dessa kompetenser finns enbart på universitetssjukhus.

De multidisciplinära teamen består av bland annat specialistläkare i neurologi, barnneurologi med habilitering, neurokirurgi, neuroradiologi och klinisk neurofysiologi samt neuropsykolog och epilepsisjuksköterska. I barnutredningar, där bedömning av barnets utveckling är en viktig parameter, ingår ofta även logoped, arbetsterapeut och fysioterapeut i teamet.

Avancerad utredning

Den avancerade utredningen består av många steg och utredningsmoment, där bedömningen/tolkningen av utredningsresultaten är komplex och kräver erfarenhet och kunskap inom olika specialområden (hela teamet).

Basutredning är första delen av en avancerad utredning vid farmakologiskt terapieresistent epilepsi. Den innefattar bland annat monitorering med video-EEG, MR-undersökning med särskilda epilepsiprotokoll och en kognitiv bedömning. Basutredningen kan ge svar på om epilepsidiagnosen är korrekt och vilken typ av epilepsi patienten har. Här optimeras även läkemedelsbehandling och när det är relevant görs utredning inför, och ställningstagande till, ketogen kostbehandling.

Vid epilepsi som bedöms potentiellt lämplig för kirurgi följer därefter ofta fortsatt icke-invasiv epilepsikirurgisk utredning som kan innefatta avancerade neurofysiologiska och neuroradiologiska undersökningsmetoder, exempelvis magnetoencefalografi (MEG), positronemissionstomografi (PET) och enfotonemissionstomografi (SPECT) samt neuropsykologisk utredning (NPU). Syftet är att ytterligare kartlägga förutsättningarna för resektiv eller palliativ kirurgi.

I komplexa fall behövs en fortsatt invasiv utredning, som ett sista steg inför en eventuell epilepsikirurgi. Det kan bland annat innebära funktionell stimulering och invasiv monitorering med stereo-elektroencefalografi (SEEG) eller andra intrakraniella elektrodtyper, och syftar till att lokalisera anfallsgenererande områden och funktioner såsom språk och motorik.

Som en del av den avancerade utredningen krävs en uppdaterad NPU för att kunna dra pålitliga slutsatser inför beslutet om epilepsikirurgi. NPU kan ge indikation på vilka kognitiva och psykiska funktioner samt beteenden som har påverkats av epilepsin. NPU har också ett prognostiskt värde gällande hur dessa funktioner kan komma att påverkas i samband med operation i ett specifikt kirurgiskt målområde och hur patienten kommer att hantera operationens utfall.

Vid misstänkt sällsynt genetisk eller metabol epilepsi behöver man tolka genetiska data, från exempelvis helexom/helgenomsekvensering, och biokemiska/metabola fynd i relation till den enskilda patientens symtombild. Eftersom genetisk epilepsi delvis överlappar med neurometabol, inklusive mitokondriell, sjukdom, vilka ofta ger epilepsi som symtom, behöver teamet även ha tillgång till expertis inom de metabola sjukdomarnas diagnostik och behandling.

Det slutliga beslutet om att erbjuda patienten epilepsikirurgi fattas av epilepsikirurgiteamet efter sammanvägning av potentiella vinster och risker med en operation. Utredningarna kräver särskilda lokaler och utrustning såsom monitoreringsenheter och närhet till neurointensivvård/barnintensivvård samt neurokirurgi och neurofysiologisk klinik.

Avancerad utredning kan fortgå över flera års tid, särskilt hos barn och ungdomar där utveckling och tillväxt kräver extra hänsyn. Ibland slutförs den avancerade utredningen inom vuxensjukvården, varför en god kontakt och ett bra flöde mellan barn-vuxensjukvård är en förutsättning för att vården ska fungera bra.

Behandling

Patienter med svårbehandlad epilepsi behöver omfattande läkemedelsutprovning, eller ställningstagande till vissa icke-farmakologiska behandlingsmetoder, till exempel epilepsikirurgi. Vid bekräftad sällsynt genetisk eller metabol epilepsi kan också avancerad behandling i form av precisionsmedicinsk terapi exempelvis cellterapi, enzymterapi eller genterapi vara aktuell.

Epilepsikirurgi innefattar många olika typer av operationer, till exempel diagnostisk inläggning av intrakraniella elektroder, VNS, resektion eller lase-

rablation av epileptiska fokus eller mer omfattande isärkoppling av stora ban-system i hjärnan. De förändringar i hjärnan som opereras, exempelvis vissa typer av hjärnmissbildningar, är ofta svårare att avgränsa radiologiskt än till exempel hjärntumörer. En del av de invasiva utrednings- och behandlingsteknikerna, som exempelvis att lägga in elektroder, skiljer sig också från annan neurokirurgi. Avlägsnande av ett epileptiskt område i hjärnan behöver därför planeras och individanpassas. Många lesioner vid epilepsikirurgi är inte heller progressiva vilket gör att bedömningar av risk-nytta och förväntad överlevnad skiljer sig från tumörkirurgi.

Eftersom antalet epilepsioperationer är få (ca 40 ingrepp/år i Sverige), och det dessutom handlar om många olika typer av ingrepp, så tar det lång tid att utbilda en neurokirurg till att bli kompetent inom epilepsikirurgi. Antalet hemisfärotomier och operationer av hypothalamushamartom är ännu färre (tillsammans mindre än 3 ingrepp/år) och mer tekniskt avancerade.

Frekvensen av allvarliga komplikationer efter operation är förhållandevis låg (3–4 procent). En operation är dock irreversibel och invasiva ingrepp innebär alltid risker. För alla patienter är operation heller inte det bästa alternativet, och där är förmågan att kunna ge rätt, och individualiserad information nog så viktig.

Organisation

Det utförs cirka 200 avancerade utredningar per år på universitetssjukhusen i Sverige, men behovet av sådana utredningar är troligtvis mycket större då antalet som insjuknar i terapiresistent epilepsi årligen uppskattas till 1 800 personer [1]. Sakkunniggruppen bedömer att personer med farmakologiskt terapiresistent epilepsi inte remitteras i tillräckligt hög utsträckning till den högspecialiserade vården för vidare avancerad utredning och behandling.

Svenska behandlingsresultat inom epilepsikirurgi står sig internationellt, men med dagens struktur är det svårt att få upp tillräckliga volymer hos samtliga utförare för att i framtiden upprätthålla högsta möjliga spetskompetens och exempelvis kunna delta i internationella nätverk/samarbeten och forskningsprojekt på bästa sätt. Det skiljer sig också åt i landet vilka utredningsåtgärder och interventioner som erbjuds eftersom det saknas tillgång till, och kunskap om, alla möjliga lösningar vid terapiresistent epilepsi. Även när det gäller NPU skiljer sig både tid för uppföljning och val av instrument mellan olika enheter, och data registreras inte i det svenska nationella epilepsikirurgiregistret (SNESUR). Brist på kunskap eller tillgång till en viss metod kan därmed styra val av åtgärd – istället för patientens behov. Till exempel kan behandling med VNS sättas in för tidigt, innan förutsättningarna för epilepsikirurgi till fullo utretts. Detta kan påverka möjligheten till framtida epilepsikirurgi eftersom VNS är ett hinder för optimal MR-diagnostik. Ingen av de svenska enheterna uppfyller i nuläget internationella rekommendationer för utrednings- och operationskvantitet.

Vården medför höga kostnader i och med att de avancerade utrednings- och behandlingsåtgärderna kräver ett team med många högspecialiserade kompetenser, varav flertalet är en bristvara på universitetssjukhusen idag.

Sakkunniggruppen bedömer att kostnaden för inläggande vård vid epilepsikirurgiska utredningar och operationer är dyrare än ”vanlig” slutenvård, eftersom det krävs vak dygnet runt av flera unika kompetenser samt dyr diagnostisk utrustning. Idag saknas dessutom resurser för vissa utredningsåtgärder på en del universitetssjukhus.

Det finns idag team som utreder svårbehandlad epilepsi och erbjuder epilepsikirurgi vid sex universitetssjukhus (Akademiska sjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset, Linköpings universitetssjukhus, Norrlands universitetssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus). VNS erbjuds vid samtliga sju universitetssjukhus. Det skiljer sig mellan regionerna hur kompletta de epilepsikirurgiska teamen är, vilka patientvolymerna som utreds respektive opereras. Likaså varierar antal epilepsikirurgiska operationer beroende på var i landet patienterna bor, från 0 till 0,88 per 100 000 invånare (medeltal under perioden 2015 till 2019, data från SNESUR) [2].

Enligt data från SNESURs årsrapporter har de flesta ingrepp under de senaste tio åren gjorts på fyra av de sex opererande universitetssjukhusen, men det varierar över tid vilka fyra enheter som opererat mest. Antal operationer per år varierar också stort inom respektive enhet, vilket kan bero på organisation, brist på vissa kompetenser och resurser, enskilda drivande individer samt konkurrens mellan vårdområden snarare än patientunderlag. Under covid-19-pandemin har det på några av de epilepsikirurgiska enheterna skett färre elektiva utredningar och operationer vid svårbehandlad epilepsi.

Mer sällsynta ingrepp som kräver specifik kompetens, exempelvis kallosotomi, hemisfärotomi och diskonnektion av hypothalamushamartom sker på färre ställen och ingrepp vid hypothalamushamartom är redan idag i praktiken centraliserat enligt överenskommelse till ett center, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Stora delar av den postoperativa uppföljningen görs på hemmaplan i samråd med remitterande klinik, men oftast med någon form av uppföljning/återkoppling vid universitetssjukhusen (opererande enhet).

Vårdvolymerna

Under 2010-2019 har volymerna för epilepsikirurgi varierat mellan knappt 40 till drygt 60 operationer per år, där barn och vuxna utgör en ungefär lika stor andel. Under samma period har antalet hemisfärotomier och operationer vid hypothalamushamartom per år legat på 2,1 respektive 0,6. Dessutom görs det ett 60-tal operationer med inläggning av VNS årligen.

Antalet avancerade utredningar som avses i underlaget (fortsatt icke-invasiv och invasiv utredning) bedöms ligga mellan 100–200. Men volymerna kan öka om fler patienter remitteras.

I Sverige föds uppskattningsvis 40-60 barn årligen med svårbehandlade epilepsisyndrom med genetisk orsak, vilka i framtiden kan komma i fråga gällande ställningstagande till nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär. Sakkunniggruppen bedömer att det under en viss tid kommer krävas ett strukturerat införande av denna typ av behandlingar. I dagsläget finns inga godkända terapier men det pågår kliniska studier.

Forskning

SNESUR har funnits sedan 1990 och har en mycket god täckningsgrad. Alla operationer som görs på grund av epilepsi i Sverige rapporteras till registret och kan därmed följas upp avseende resultat och komplikationer. Samtliga universitetssjukhus avrapporterar protokoll, vilket innebär en fullständig täckning av den epilepsikirurgiska verksamheten i Sverige. Registrering av icke-invasiva utredningar är däremot bristfällig och görs endast sporadiskt. En anledning till detta är troligtvis att det saknas en definition av när en epilepsikirurgisk utredning startar. Idag saknas också ett nationellt/gemensamt förhållningssätt gällande resultat från de neuropsykologiska utredningarna och uppföljningarna, som inte ingår i registret men som kan ge information utöver anfallsfrihet.

Från SNESUR kommer det ett stort antal publikationer och SNESUR utgör även grunden för samarbete kring uppföljning av patienter som genomgått epilepsikirurgi. Utöver SNESUR finns även andra etablerade samarbetsorgan och nationella forskningsprojekt.

En koncentration skulle kunna påverka möjligheterna till forskning exempelvis inom perioperativ och postoperativ uppföljning. En koncentration med tydligt ansvar hos nationella enheter skulle kunna öka förutsättningarna för informationsinsamling på ett mer strukturerat och systematiskt sätt.

Internationell utblick

Idag har Danmark, Norge och Finland koncentrerat epilepsivård inkl. kirurgi. I Danmark finns ett epilepsisjukhus (Filadelfia i Dianelund) som utför initial utredning av epilepsi och gör basala epilepsikirurgiutredningar. Fall som ska utredas vidare skickas (efter rondbeslut) till Rigshospitalet i Köpenhamn där all epilepsikirurgi sker. I Norge finns ett nationellt epilepsisjukhus (Sandvika) och epilepsioperationerna är centraliserade till Rikshospitalet i Oslo, medan Finland har två epilepsikirurgicenter (Kuopio och Helsingfors). England har ca 7-8 center med mycket stora upptagningsområden.

Våra nordiska grannländer gör fler operationer än i Sverige, utifrån statistik i relation till befolkningens mängd. Antalet epilepsikirurgiska resektioner, per miljon invånare, är i Sverige 5,2, och för våra grannländer är antalet 5,7 (Norge), 6,2 (Danmark) och 8,1 (Finland) [3].

I USA finns en etablerad nivåstrukturering av epilepsivård, där epilepsikirurgi delas upp i två nivåer; en där epilepsikirurgi som kan genomföras utan invasiv utredning (nivå 3) och en för mer komplexa utredningar och operationer (nivå 4). Det ges inga rekommendationer om antal operationer per år för vare sig nivå 3 eller 4, men däremot om antal utredningar per år.

För sällsynt och komplex epilepsi finns ett europeiskt referensnätverk, EpiCARE, där kunskap delas och patientfall diskuteras. Från Sverige är det i nuläget endast Sahlgrenska universitetssjukhuset som är medlem i nätverket.

Internationellt rekommenderas minst 15-25 operationer per år för ett epilepsikirurgiskt centrum av ledande organisationer inom epilepsivård och det europeiska referensnätverket för sällsynt och komplex epilepsi [4–8].

Framåtblick

Varför nationell högspecialiserad vård?

Kunskapen om orsaker till, och behandlingsmöjligheter vid, svårbehandlad epilepsi ökar snabbt. Orsakspanoramat är mycket heterogent och behandlingen behöver vara individanpassad, det vill säga av precisionsmedicinsk karaktär. Detta gäller både kirurgiska och icke-kirurgiska behandlingar. Kunskapsutvecklingen ställer krav på både bred och djup kompetens hos vårdgivare som handlägger ovanliga eller komplexa epilepsier. Det kompletta multidisciplinära teamet ger den bredd som krävs. De enskilda teammedlemmarnas spetskompetens inom respektive ansvarsområde möjliggör djupet – den högspecialiserade expertisen. Sakkunniggruppen anser att det inte är möjligt eller samhällsekonomiskt försvarbart att försöka upprätthålla denna kompetens för den definierade patientgruppen, i samtliga regioner eller vid alla universitetssjukhus i landet, när patientunderlaget är så litet. För koncentration talar också att behövlig apparatur och andra resurser är dyrbara och av det skälet inte finns och inte kommer finnas i samtliga regioner.

Det sker också en ständig utveckling av operationsmetoder. Under de senaste åren har det tillkommit flera metoder för epilepsikirurgi såsom SEEG, endoskopisk diskonnektion av hypothalamushamartom och laserablation (LITT) av epileptiska fokus, och en fortsatt utveckling av nya operationsmetoder är förväntad. Till exempel är responsiv hjärnstimulering vid epilepsi en lovande metod. Det pågår även forskning gällande djup hjärnstimulering (DBS) vid svårbehandlad epilepsi.

Den stora komplexiteten i utredningarna är ett argument för koncentration. Genom att koncentrera föreslagen vård till nationella enheter ges den definierade patientgruppen möjlighet att få vård på ett center med en bred och djup kompetens av både utredning och behandling. Chansen för att patienten får rätt diagnos och behandling ökar och risken att drabbas av en komplikation eller att operationen inte får avsedd effekt på epilepsin minskar.

Resonemang kring antal enheter

Även om nuvarande patientvolym, med cirka 40 operationer årligen, och internationell konsensus kring minimivolymer, talar för koncentration till två enheter i Sverige anser sakkunniggruppens att ett förslag med fler enheter säkrar upp för ökande volymer – både vad gäller avancerade utredningar och epilepsikirurgi. Sakkunniggruppen anser att en koncentration av aktuell vård till tre enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten och patient-säkerheten. Ett förslag med tre enheter tar även höjd för den stora kunskapsutvecklingen inom exempelvis diagnostik och nya operationsmetoder.

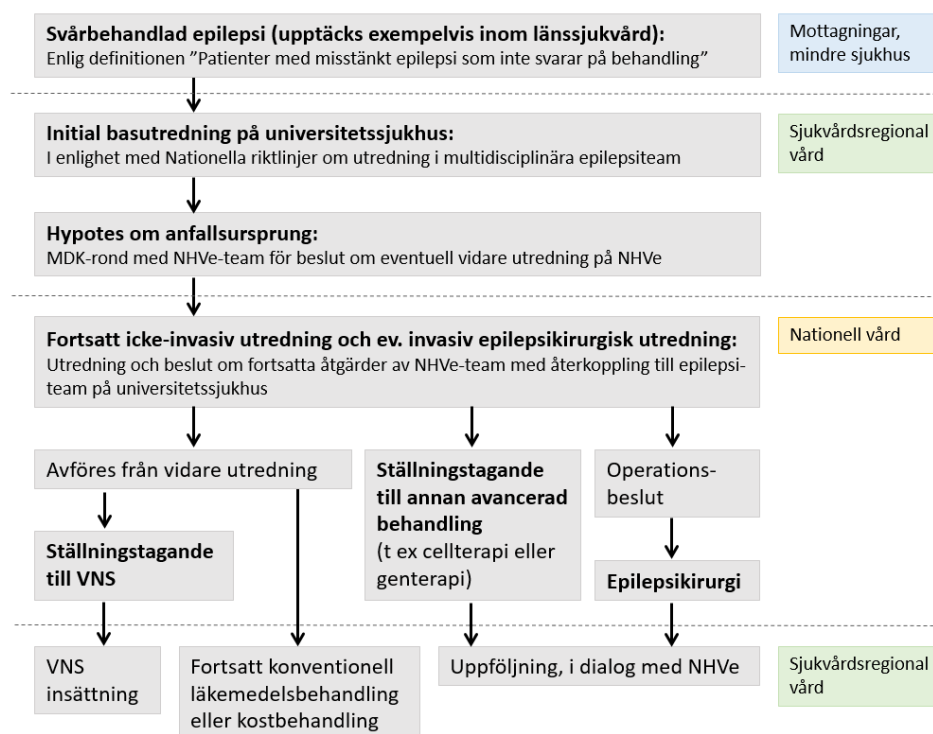
Även fyra enheter har diskuterats och förespråkas av några i sakkunniggruppen utifrån ett tillgänglighetsperspektiv och att volymerna (inklusive utredningar) behöver öka väsentligt jämfört med dagens. Ytterligare en aspekt, som flera i sakkunniggruppen lyfter är att svenska vårdresultat när det gäller epilepsikirurgi står sig i internationell jämförelse. Ett förslag om fyra enheter skulle dock inte innebära någon större skillnad mot idag.

Sakkunniggruppen har även diskuterat olika alternativ gällande sällankirurgi, om denna ska koncentreras ytterligare genom överenskommelse mellan blivande NHVe eller genom ett formaliserat förfarande som ett separat undertillstånd. Vid en överenskommelse skulle sällankirurgi kunna diskuteras och koncentreras till en av de tre enheterna beroende på rådande förutsättningar som kan ändras på grund av resurser, nya metoder eller liknande. Man kan också tänka sig att dela upp olika typer av sällankirurgi mellan de tre enheterna. Fördelarna med en överenskommelse är att systemet blir mer dynamiskt och skulle kunna ge bättre incitament till utveckling, att hjälpas åt, att resa till varandra, och operera tillsammans. Fördelen med formalisering är tydligheten och att teamet blir mer stabilt över tid och förutsägbart resursmässigt. Det blir också ett tydligt ansvar för NHVe med tillstånd, där det finns krav på backup och internationellt samarbete. Det finns heller inget hinder för att övriga två enheters medarbetare reser till och deltar vid sällankirurgi för vidareutbildning. Med tanke på den tid det tar för ett team att skaffa sig tillräcklig kompetens och erfarenhet skulle alternativet, att låta alla tre NHVe fortsatt ha möjligheten att göra dessa sällanoperationer, riskera att ge en utspädningseffekt av de få fallen.

Förslag till flöde/vårdkedja

I enlighet med de nationella riktlinjerna för vård vid epilepsi bör alla patienter med svårbehandlad epilepsi, som inte svarar på läkemedelsbehandling, remitteras från mottagningar och mindre sjukhus till universitetssjukhus för avancerad basutredning av multidisciplinärt epilepsiteam, se nedan.

Redan tidigt bör samtal initieras med patienterna om möjliga behandlingsalternativ. Epilepsiteamen på universitetssjukhusen har gemensamma epilepsironder tillsammans med NHVe för att diskutera fall för vidare epilepsikirurgisk utredning. Det finns redan idag nationella videokonferenser för epilepsikirurgi där alla centra kan delta och diskutera svåra fall och få råd om fortsatt handläggning. Sakkunniggruppen föreslår att man i tillägg till dessa nationella ronder arbetar upp ett nätverk med tre större team där en NHVe och en icke-NHVe har gemensamma och mer frekventa ronder (*strukturerat system för samarbete*). Detta för att skapa delaktighet och engagerade team i hela landet, där teamen på universitetssjukhus som inte är NHVe är fullvärdiga medlemmar. Denna typ av samverkan kan också skapa en ökad tillgänglighet till kompetensen på NHVe när avancerad behandling av epilepsi kan vara aktuellt. Samverkan kan också underlätta rekrytering av potentiella epilepsikirurgipatienter.



Figur 1. Förslag till flöde/vårdkedja. Patienter med svårbehandlad epilepsi remitteras till epilepsiteam på sjukvårdsregional nivå för basutredning (i förekommande fall närmsta universitetssjukhus). Om patienten, efter basutredning samt en MDK-rond med NHVe, fortsatt är aktuell för vidare avancerad utredning (enligt definitionen) remitteras patienten till en av tre nationella vårdenheter för fortsatt icke-invasiv utredning, eventuell invasiv utredning och epilepsikirurgisk behandling.

Dokumenterat beslut efter basutredning på universitetssjukhus och gemensam nationell epilepsirond kan vara ett kriterium för att skicka patient vidare till NHVe. Patienter som remitteras till NHVe ska ha en korrekt epilepsidiagnos, det vill säga icke-epileptiska anfall (PNES) omfattas inte av den definierade vården.

Patienter remitteras till NHVe för fortsatt icke-invasiv utredning, eventuell invasiv utredning och epilepsikirurgisk behandling. Svårare och mer komplexa fall diskuteras på NHVe-gemensam MDK och patienter med behov av sällankirurgi remitteras till den NHVe som har tillstånd för detta. Även beslut om VNS, ska tas av en nationell vårdenhet. Inläggning av VNS samt uppföljning och stimulatorbyte kan utföras på samtliga universitetssjukhus men kan vid behov också remitteras till NHVe.

Ett bra flöde mellan barn- och vuxensjukvården är en förutsättning för blivande NHVe som behöver ha en integrerad verksamhet för barn och vuxna.

Genetisk och metabol diagnostik och precisionsmedicin kommer att vara en stor del av den högspecialiserade epilepsivården i framtiden. Den mest avancerade genetiska och neurometabola utredningen behöver inte kunna ske på varje NHVe för svårbehandlad epilepsi men måste då kunna erbjudas ge-

nom samarbete med högspecialiserade genetiska och metabola diagnostikcenter. NHVe har dock det övergripande ansvaret för den avancerade epilepsiutredningen och behandlingen.

Antalet remitterade patienter till avancerad utredning behöver öka. Därför har blivande NHVe ett stort ansvar för kunskapsspridning, information och att upparbeta tydliga strukturer för remittering. Ett sätt kan vara genom att erbjuda auskultationer vid NHVe.

NHVe ska samordna sig och ansvara för att uppföljning (inklusive neuropsykologisk uppföljning) efter vård på NHVe sker enligt överenskomna protokoll. Samarbetet ska underlätta systematisk insamling av denna information i kvalitetsregister, och då även registrering av icke-invasiva utredningar. Patienten ska även få en individuell uppföljningsplan vid överföring/återremiss och NHVe ansvarar för att uppföljning sker på rätt vårdnivå. Remitterande regionala team kan med fördel involveras i uppföljningen av patienterna.

NHVe ansvarar också för forskning och utveckling samt utvärdering och införande av nya behandlingsalternativ, exempelvis nya kommande stimuleringsmetoder.

Särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

Kritisk personalkompetens

Multidisciplinärt team där samtliga har specifik kompetens samt erfarenhet av och kunskap om svårbehandlad epilepsi och den definierade vården:

- specialistläkare i neurologi/barnneurologi med habilitering
- specialistläkare i neurokirurgi
- specialistläkare i neuroradiologi/barnradiologi
- specialistläkare i klinisk neurofysiologi
- neuropsykolog (barn/vuxen)
- epilepsisjuksköterska (barn/vuxen)
- logoped (barn)
- arbetsterapeut (barn)
- fysioterapeut (barn)

För enheter som ska bedriva vård inom sällankirurgi ska utöver ovan även ha följande:

- Barnneurolog, neurolog, neurofysiolog och neurokirurg med dokumenterad kunskap om och erfarenhet av utredning, behandling och uppföljning av patienter med svårbehandlad epilepsi och behov av hemisfärotomi respektive operation av hypothalamushamartom.

Kritisk utrustning, lokaler

- Epilepsimonitoreringsenhet med personell patientövervakning dygnet runt alla dagar, samt teknisk back-up på helger (t.ex. nationell tillgång till neurofysiolog).
- Adekvat utrustning för avancerad utredning och behandling så som MR, video-EEG, PET, neurokirurgiska operationssalar för barn och vuxna samt intensivvårdsavdelningar för barn och vuxna

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Neurointensivvård inkl. barnintensivvård
- Kompetens för utredning och ställningstagande till ketogen kostbehandling
- Tillgång till expertis inom de metabola sjukdomarnas diagnostik och behandling
- Tillgång till högspecialiserad kompetens inom precisionsdiagnostik och precisionsterapi vid genetisk epilepsi och näraliggande metabola sjukdomar
- Pedagog (barn)
- Logoped (vuxna)

Övrigt

- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet *sällankirurgi*.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.
- NHVe ska ansvara för uppbyggnad av nationellt nätverk för regelbundna MDK-ronder med epilepsikirurgiska team på universitetssjukhusen (för att diskutera patientfall för vidare utredning).
- NHVe ska ansvara för att bygga upp ett *strukturerat system för samarbete* med icke-NHV och att det ska finnas tekniska lösningar för ett sådant.
- NHVe ska ansvara för att upprätta en individuell uppföljningsplan vid överföring/återremiss och att detta sker på rätt vårdnivå.
- NHVe ska ansvara för att uppföljning (inklusive neuropsykologisk uppföljning) sker enligt överenskomna protokoll och ska arbeta för att systematisk insamling av denna information sker i kvalitetsregister.
- Jourlinjer för neurokirurgi och neurolog/barnläkare. Neurokirurg och neurolog måste finnas dygnet runt vid invasiv utredning på inneliggande patienter på NHVe.
- NHVe ska samverka/samarbeta och dela/sprida kunskap genom exempelvis auskultationer.
- NHVe ska samverka och samordna sig kring utveckling av nya tekniker samt diskutera svårare fall vid gemensam MDK, exempelvis vid eventuell indikation för kallosotomi.
- NHVe ska verka för utvecklat samarbete mellan barn- och vuxensjukvård.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppens underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)

Genom att koncentrera föreslagen vård kan alla patienter i Sverige få lika stor möjlighet att utredas och behandlas på ett center med en bred och djup kompetens gällande avancerad utredning och behandling. En möjlighet som idag ser mycket olika ut i landet. Den ojämlika geografiska fördelningen av patienter som genomgår epilepsikirurgi talar för att det finns patienter som skulle kunna bli hjälpta, men aldrig kommer till en mer avancerad utredning. Bäst förutsättningar för gott utfall efter en eventuell operation eller annan avancerad behandling är en gedigen utredning baserad på kunskap och erfarenhet i relation till den enskilda patientens situation. En trend mot mer komplexa utredningar och ingrepp talar för en koncentration.

Att koncentrera föreslagen vård bidrar till att kunskapsutvecklingen inom ovanliga eller komplexa epilepsier ökar, vilket också gagnar patienterna. Det är inte möjligt att upprätthålla kompetens och kompletta team för den definierade patientgruppen vid samtliga universitetssjukhus när patientunderlaget är så litet. I nuläget är risken stor att alla patienter inte får bästa möjliga vård om en region inte själv har kompetens och kunskap att erbjuda alla behandlingsmöjligheter.

De patienter med svårbehandlad epilepsi som utreds och behandlas reser redan idag till närmsta universitetssjukhus. För de som är i behov av vård på NHVe kan förslaget innebära ytterligare resväg, men detta vägs upp av att möjligheten till rätt diagnos och behandling ökar samtidigt som risker för komplikationer eller att behandlingar inte får avsedd effekt minskar. Patient-

företrädare lyfter att epilepsipatienter redan idag är vana att resa till ett universitetssjukhus för vård och att ett ökat avstånd från hemorten inte behöver vara en nackdel. Digitala vårdmöten kan till stor del också ersätta fysiska möten, och ger även den lokala behandlande läkaren möjlighet att delta aktivt i patientmötet.

Tillgängligheten till avancerad utredning behöver öka. Det är möjligt att tillgängligheten försämras av koncentration om utredningar (som pågår länge där patienter behöver komma tillbaka flera gånger) sker på färre ställen. Eftersom basutredningar fortsatt ska ske regionalt minskar den risken. Att koncentrera vården kommer också att sätta fokus på tillgängligheten, eftersom tillgänglighet till NHV är en central del av uppföljningen av densamma.

Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring

Personer med epilepsi är en stor och heterogen patientgrupp med omfattande behov av vård på flera olika nivåer. Kompetens för att vårda personer med epilepsi behövs på alla vårdnivåer (NHVe, alla universitetssjukhus samt regionala och lokala vårdgivare). Endast en mindre del av patientgruppen är – även när underremittering räknats in – aktuell för NHV och då kanske också bara under en begränsad tid i sitt liv. Därför kommer NHVe att behöva utöka samarbete med regionala team och vårdaktörer.

Nya remissvägar kan ge nytt och utökat samarbete i form av gemensamma ronder och diskussionsforum. Kompetensen i det multidisciplinära teamet vid NHVe förväntas kunna utvecklas genom en ökad volym och ett större patientunderlag. Kunskap kring svårbehandlade epilepsipatienter måste spridas och finnas i alla regioner och på alla vårdnivåer, annars riskerar vi få en underremittering av epilepsipatienter i behov av avancerad utredning till universitetssjukhusen. En underremittering som till viss del redan förekommer och som har påverkat och påverkar antalet potentiella epilepsikirurgifall. Problemet med låg remittering har dock byggts upp under de senaste trettio åren utan att vården varit nationellt koncentrerad.

Det finns en risk att kunskapen blir ännu sämre om exponering för tillståndet minskar. Samtidigt kan deltagande i gemensamma digitala epilepsikirurgironder öka kompetensen hos icke-NHV-teamet genom exponering av ett större antal fall än i nuvarande organisation. Sakkunniggruppens förslag till multidisciplinära EP-ronder på flera nivåer, inkl. gemensamma och regelbundna EP-ronder mellan NHVe och icke-NHVe, kan i sig generera kunskap.

Vissa specifika kompetenser, som epilepsikirurgi och tolkning av t.ex. invasiv EEG-utredning, kan minska/förloras i det epilepsikirurgiska teamet (ffa neurokirurg och neurofysiolog) på de centra som ej blir NHV.

Att alla regioner följer rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för epilepsi och att EP-team på alla universitetssjukhus deltar i EP-ronder är en central del i förslaget till koncentration. NHVe har även ett självklart ansvar att bidra till att sprida kunskap och bibehålla kompetensnivåer nationellt,

t.ex. genom att ta emot auskultande kollegor från icke-NHVe. Att bidra till och följa epilepsivården i kvalitetsregistren är också avgörande.

Tydlighet om var expertisen finns kan även underlätta för vidareutbildning.

Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)

Att skapa NHVe med ansvar för att underlätta insamling av uppföljningsdata har ett stort forskningsrelaterat värde. En koncentration skulle kunna påverka möjligheterna till forskning exempelvis inom perioperativ och postoperativ uppföljning positivt. En koncentration med tydligt ansvar hos nationella enheter skulle kunna öka förutsättningarna för informationsinsamling på ett mer strukturerat och systematiskt sätt.

Det skulle också kunna öka möjligheterna till strukturerad vidareutbildning inom området avancerad epilepsiutredning/vård. Det skulle bli tydligt var sådan verksamhet finns att lära sig av istället för att det "passerar förbi" någonstans där det blandas med allt annat.

Vid en hög grad av koncentration finns risk för påverkan på utvecklingsmöjligheter i regioner som inte har NHVe. Intresset för registrering (av t.ex. långtidsuppföljning) i SNESUR kan påverkas negativt, men NHV-enheterna kommer att få ett ökat ansvar för registrering.

Påverkan på närliggande områden

Närliggande vårdområden kan påverkas i viss utsträckning. Fler epilepsipatienter i behov av neurofysiologiska undersökningar på blivande NHVe kan exempelvis tränga undan andra patienter i behov av polysomnografier vid sömnutredningar. Begränsat antal monitoreringsplatser vid NHVe innebär att man antingen behöver öka kapaciteten eller omprioritera patienter. Viss regional omfördelning eller nivåstrukturerings av patienter kan därför behövas.

Ur neurokirurgisk synvinkel handlar det om relativt få epilepsiingrepp som inte borde påverka neurokirurgin i övrigt. En minskad volym av epilepsikirurgi och neurofysiologiska epilepsiutredningar på icke-NHV kan till viss del vägas upp av att tillgängligheten inom neurokirurgi och neurofysiologi ökar för andra diagnosgrupper på dessa enheter.

Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta området i stort

NHV innefattar elektiva utredningar och ingrepp och patienterna kommer inte att belasta akutsjukvården. Epilepsipatienter i behov av akut sjukvård kommer fortsatt söka på närmaste sjukhus.

Påverkan på vårdkedjan

Förslaget till koncentration innebär ett tydligt flöde och en struktur för nationella enheter, remitterter och patienter. Patienter med svårbehandlad epilepsi ska fortsatt remitteras till närmsta universitetssjukhus för basutredning. Fortsatta icke-invasiva och invasiva utredningar kan till och med bli mer effektiva om basutredningarna ökar sjukvårdsregionalt eftersom patienter med PNES då inte kommer till NHVe för utredning. Koncentration kan också ha en positiv påverkan genom att det blir tydligt för remitterter var dessa patienter ska skickas, till exempel genom att definiera regionala vårdkedjor från länsjukhus till universitetssjukhus och vidare till NHVe. Ansvaret för patientgruppen tydliggörs.

Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)

Koncentration minskar risken för att resurser felutnyttjas, dåliga epilepsiutredningar är bortslösade resurser. Utifrån nuläget, att antalet utredningar/operationer varierar stort från år till år på de epilepsikirurgiska enheterna, kan koncentration ha en positiv effekt. Systemet blir mer förutsägbart när det gäller personal och resursbehov om patientvolymerna blir kända och variationen minskar. Vid NHVe kan den neurokirurgiska operationskapaciteteten och resurser för postoperativ vård behöva ökas något. Då epilepsikirurgi kommer att förbli en liten andel av den totala operationsvolymen bör dock inte övrig neurokirurgi påverkas väsentligt.

Det finns risk för att kompetensförsörjning på enheter/regioner som inte är NHVe påverkas vid en hög grad av koncentration. Regioner som inte bedriver NHVe kan få svårt att upprätthålla ett komplett epilepsikirurgiskt team, vilket på sikt kan ge en sämre samlad kompetens än den som finns idag.

Genom att samla kompetensen på färre ställen kan dyrbara resurser användas mer ändamålsenligt, ex högspecialiserade kompetenser, och investeringar i monitoreringsenheter och dyr utrustning behöver inte göras i alla regioner.

Större enheter har också bättre förutsättningar att driva utveckling och ta till sig nya metoder för diagnostik och behandling.

Eventuella konsekvenser för sjuktransporter

Sakkunniggruppen ser ingen större påverkan på sjuktransporter, det handlar om en marginell ökning då antalet patienter är lågt. Dessa patienter reser redan idag (men då inte med någon särskild sjuktransport som kräver medicinsk utrustning eller kompetens) till närmsta universitetssjukhus, och för en andel av dessa blir det ytterligare en resa till NHVe.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsplanering

Sakkunniggruppen anser att volymerna (avancerade utredningar och epilepsikirurgiska ingrepp) behöver öka. Dessa utredningar och behandlingar är underutnyttjade idag och förhoppningsvis kan NHV-uppdraget, där ansvaret för denna vård tydliggörs, öka remitterandet. Den absolut viktigaste förutsättningen för att utöka aktuell verksamhet är dock att kunskapsläget kring remittering förbättras i hela landet.

Övriga kommentarer

Vårdresultaten vad gäller epilepsikirurgi i Sverige står sig ur ett internationellt perspektiv, vilket skulle kunna tala för att koncentration inte är nödvändigt. Sakkunniggruppen anser dock att nivå/kvaliteten på den definierade vården kan lyftas ytterligare med koncentration och att betydligt fler patienter skulle kunna få tillgång till denna vård.

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Uppföljningsmåttan genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter vid NHVe
Bakgrundsmått – Antal utredningar/behandlingar	Antal utredningar resp. behandlingar vid NHVe
Bakgrundsmått – Vårdtid	Längd på utredning som påbörjats på NHVe (tid i dagar)
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remiss till bedömning vid MDK-rond Datum för bedömning minus datum för remiss
Tillgänglighetsmått – tid till utredningsstart	Tid (i dagar) från beslut om utredning till att utredning påbörjas Datum för utredningsstart minus datum för beslut
Tillgänglighetsmått – tid till behandling	Tid (i dagar) från beslut till behandling/åtgärd/operation Datum för behandling/åtgärd minus datum för beslut Alternativt: Andel patienter (i procent) som opererats inom 90 dagar (enligt vårdgarantin)
Medicinska resultat	Överlevnad efter operation (30-dagars-mortalitet) 2-årsöverlevnad (NHV-patienter som ej genomgått EP-kirurgi)?
Medicinska resultat	Komplikationer efter operation (utefter komplikationsgrad 0, 1 och 2 i enlighet med registrering i SNESUR)
Medicinska resultat	Anfallsfrihet efter operation (2 år, 5 år)
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder – uppdelat på barn och vuxna • Kön • Patientens hemregion (folkbokföringsadress)	

Referenser

Detta underlag är ett förslag på vilken vård som bör koncentreras till nationella enheter. Referenser som beskriver fördelar eller nackdelar med att koncentrera viss vård är relevanta att hänvisa till i underlaget. Referenser till forskningsstudier som beskriver patientgrupper, vårdformer, behandlingsmetoder och liknande är ej relevanta för frågeställningen.

1. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Socialstyrelsen; 2019.
2. Årsrapporter samt datauttag från det nationella registret för kirurgisk behandling av epilepsi (SNESUR). från: <https://www.epilepsisallskapet.se/epkir>
3. Holm, E, et al.. Efficacy of the Danish epilepsy surgery programme. *Acta Neurol Scand.* 2018; 137:245–251
4. Binnie, C, Polkey, C. Commission on Neurosurgery of the International League Against Epilepsy (ILAE) 1993-1997: Recommended Standards. *Epilepsia.* 2000; 41(10):1346-1349.
5. Cukiert, A, et al.. Technical aspects of pediatric epilepsy surgery: Report of a multicenter, multinational web-based survey by the ILAE Task Force on Pediatric Epilepsy Surgery. *Epilepsia.* 2016.
6. Gaillard, W, et al.. Establishing criteria for pediatric epilepsy surgery center levels of care: Report from the ILAE Pediatric Epilepsy Surgery Task Force. *Epilepsia.* 2020; 61:2629–2642.
7. Rosenow, F, et al.. Revised version of quality guidelines for presurgical epilepsy evaluation and surgical epilepsy therapy issued by the Austrian, German, and Swiss working group on presurgical epilepsy diagnosis and operative epilepsy treatment. *Epilepsia.* 2016; 57(8):1215–1220.
8. Minimum thresholds from The European Reference Network for rare and complex epilepsies ERN EpiCARE. https://epi-care.eu/wp-content/uploads/2019/10/EpiCARE-HCP-criteria-and-indicators_To-Steering-Committee.pdf

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Göteborg: Daniel Nilsson, specialist i neurokirurgi

Samverkansregion Linköping: Tom Eek, neuropsykolog

Samverkansregion Lund/Malmö: Maria Strandberg, specialist i neurologi

Samverkansregion Stockholm: Tommy Stödborg, specialist i barnneurologi
med habilitering

Samverkansregion Umeå: Måns Berglund, specialist i neurologi

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Roland Flink, specialist i klinisk neuro-
fysiologi

Patientföreträdare: Berndt Ohlin, Svenska epilepsiförbundet

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

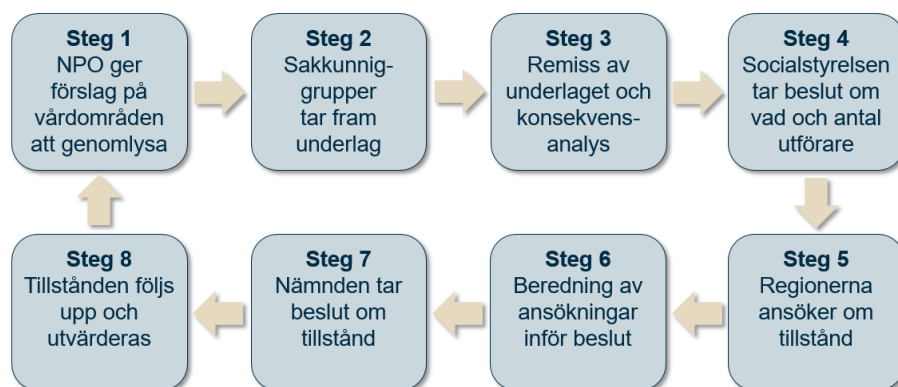
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



6

Remiss - Genomlysning
inför beslut om nationell
högspecialiserad vård,
Systemisk amyloidosis

21RS9515

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9515

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9515

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9515

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9515

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidos
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9515

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – systemisk amyloidos

Region Örebro län ställer sig bakom utredningen och tillstyrker dess förslag.

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag.

Föreslaget antal enheter

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag.

Konsekvensanalysen

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag.

För Region Örebro län

Systemisk amyloidos

Sakkunniggruppens förslag på nationell
högspecialiserad vård
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för systemisk amyloidos vårdområdet med samma namn och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Definition	7
Vårdområde	10
Särskilda villkor	16
Konsekvensanalys.....	19
Uppföljning och utvärdering	23
Referenser	25
Deltagare i sakkunniggrupp	26
Om nationell högspecialiserad vård	27

Ordlista

AA	Amyloidos relaterad till kronisk inflammation
AL	Amyloidos av lätta immunglobulinkedjor
ATTRv	Ärftlig transtyretinamyloidos
ATTRwt	Förvärvad/åldersrelaterad transtyretinamyloidos
FAP	Familjär amyloidos med polyneuropati (äldre benämning av ATTRv)
MDK	Multidisciplinär konferens
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad enhet
PET-DT	Positronemissionstomografi (PET) kombinerad med datortomografi (DT)
SKG	Sakkunniggrupp

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet systemisk amyloidos att det som framgår nedan ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid fyra enheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex, sällan förekommande, kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens. Vården är multidisciplinär då bland annat kardiologer, neurologer, gastroenterologer, hematologer, neurofysiologer, patologer, kliniska genetiker och nefrologer behövs.

Sakkunniggruppen finner att en koncentration av aktuell vård till fyra enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva. Internationella studier visar entydigt att en koncentration av vården kraftigt förbättrat överlevnaden vid amyloidos av lätta immunglobulinkedjor (AL-amyloidos). Försenad eller felaktig diagnos kan få katastrofala följder för den enskilda patienten. Kunskapen om adekvat behandling av dessa ovanliga tillstånd blir större vid koncentration, vilket bör leda till en bättre vårdkvalitet.

Utifrån patientunderlag, geografisk spridning och kunskapsläget anser sakkunniggruppen att fyra enheter behövs för ett adekvat omhändertagande av patienter med ärftlig transtyrelinamyloidos (ATTRv-amyloidos) samt patienter med oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidossjukdomar. Vården för patienter med ATTRv-amyloidos kan begränsas till färre enheter än fyra utifrån inbördes överenskommelse mellan nationella högspecialiserade vårdenheter (NHVe). Att inte särskilja och koncentrera vården för ATTRv-amyloidospatienter på färre enheter än fyra syftar till att möjliggöra geografisk spridning och eventuella framtida samarbeten mellan samtliga fyra NHVe. Två av dessa totalt fyra enheter ska även ansvara för avancerad analys av vävnadsmaterial. Att bedriva vävnadsanalys på enbart en enhet bedöms vara sårbart och riskerar att medföra negativa konsekvenser på tillgängligheten.

Sakkunniggruppen bedömer att akutsjukvården inom detta område inte kommer påverkas nämnvärt av en koncentration då det rör sig om kroniska sjukdomar som sällan försämras akut.

Omkringliggande områden som kan påverkas är exempelvis andra neurologiska sjukdomar, mag-tarmsjukdomar eller hjärtsjukdomar. Dock bedömer sakkunniggruppen att undanträngningseffekterna inte blir särskilt stora.

Definition

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas.

Viss vård vid systemisk amyloidosis ska utgöra nationell högspecialiserad.

Den vård som ska bedrivas nationellt är:

- 1) Avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial av misstänkt *alternativt* diagnosticerad sjukdom, oavsett komplikationsgrad
- 2) Utredning inför och ställningstagande till behandling, samt eventuellt genomförande av behandling och uppföljning av patienter med;
 - a) ärftlig transtyretinamyloidosis (ATTRv-amyloidosis), oavsett komplikationsgrad
 - b) oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidosisjukdomar.

Med systemisk amyloidosis avses exempelvis:

- ATTRv-amyloidosis (inkl. dominolevertransplanterade)
- ATTRwt-amyloidosis
- AL-amyloidosis
- AA-amyloidosis

Med oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidosisjukdomar menas:

- Diagnos som inte går att säkert fastställa (antingen amyloidosen i sig eller typen av amyloidosis)
- Atypisk sjukdom (exempelvis ung patient, ovanligt aggressiv eller svårbehandlad sjukdom eller avvikande sjukdomsutveckling trots behandling)
- Misstanke om mer än en samtidig amyloidosis (exempelvis AL och ATTR).

Antal enheter

Fyra enheter, varav två enheter även ska utföra avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial.

Tabell 1. Antal enheter

Åtgärd	Antal enheter
Utredning inför och ställningstagande till behandling samt behandling och uppföljning av patienter med; a) *ärftlig transtyretinamyloidosis (ATTRv-amyloidosis), oavsett komplikationsgrad b) oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidosisjukdomar.	Fyra
Avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial	Två

*Vården för patienter med ATTRv-amyloidosis kan begränsas till något eller några NHVe utifrån inbördes överenskommelse mellan NHVe.

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har i sin genomlysning gjort följande avgränsningar till området.

Följande områden, med stark koppling till definitionen, ingår ej i definitionen och ska ej koncentreras på nationell nivå:

1. Utöver analys av vävnadsmaterial kan all form av vård av patienter med icke komplex systemisk amyloidosis, förutom ATTRv-amyloidosis, utföras regionalt.
2. Behandling och uppföljning av patienter med ATTRv-amyloidosis och oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidosisjukdomar kan utföras i patientens hemregion efter överenskommelse med NHVe.

Vårdområde

Nuläge

Det vårdområde som sakkunniggruppen genomlyst, för att utreda vad inom området som bör koncentreras nationellt, är systemisk amyloidos. Till de systemiska amyloidoserna räknas främst amyloidos relaterad till kronisk inflammation (AA), amyloidos av lätta immunglobulinkedjor (AL) och transthyretin (ATTR)-amyloidos, varav AL- och ATTR-amyloidos är vanligast förekommande. ATTR-amyloidos förekommer i två varianter, dels som en ärftlig sjukdom (ATTRv) och dels som en förvärvad/åldersrelaterad sjukdom (ATTRwt). Vården är sällan förekommande då antalet nya patienter inom ramen för definitionen uppskattas till 66-160 patienter per år i Sverige. Cirka 280-600 patienter genomgår en analys/utvärdering av vävnadsmaterial årligen i landet. Samtliga systemiska amyloidoser drabbar vuxna individer och endast i undantagsfall ungdomar. Den största andelen patienter (75 %) med ATTRv-amyloidos behandlas i Västerbotten och Norrbotten, medan patienter med AL-, AA- och ATTRwt-amyloidos är mer jämnt fördelade över hela landet.

Diagnostik och behandling

Diagnostiken av amyloidossjukdomarna är komplex eftersom de är svåra att skilja från varandra och diagnostiska misstag kan få katastrofala följder för den enskilda patienten. Särskilt viktigt är detta vid AL-amyloidos då tidig diagnos är avgörande för prognosen vid hjärtinlagringar. En stor del av diagnostiken vilar på en pålitlig analys av vävnad (oftast fettvävnad) avseende förekomst av amyloid och dess typ. Sjukdomarna är systemiska med varierande organengagemang och sjukdomsförlopp samt att debutsymtomen ofta är diffusa och ospecifika. Då patienterna ofta är äldre kan det också vara svårt att urskilja vilka komplikationer som orsakas av amyloidos och vilka som orsakas av andra sjukdomar. Komplexiteten ligger även i val av terapi med dyrbara särläkemedel mot ATTRv-amyloidos och uppföljningsprocedurer av patienter. Tidigare utfördes även så kallade dominolevertransplantationer då levern från patienter med ATTRv-amyloidos transplanterades till patienter med svår leversjukdom. Totalt har 83 patienter genomgått detta ingrepp i Sverige och majoriteten av cirka 40 nu levande patienterna riskerar att för eller senare utveckla ATTR-amyloidos.

Antal nya fall av ATTRv-amyloidos i Sverige uppskattas till 2-3 fall per miljon invånare och antal patienter i Sverige med ATTRv-amyloidos beräknas till 400. Antalet anlagsbärare är omkring tjugo gånger fler på grund av den låga penetransen. Många av dessa patienter kan behöva utredas när kliniska tecken till sjukdomen börjar uppträda. Prevalensen är omkring 1-2/100 000 personer i Europa och möjligen i icke-endemiska områden i Sverige.

Prevalens i Västerbotten och Norrbotten är omkring 50-100/100 000 personer. Den sanna incidensen och prevalensen för ATTRwt-amyloidosis är inte känd, men en prevalens på 1:6000 har rapporterats (1:800 för individer över 70 år).

Behandling av AL-amyloidosis är i nuläget i princip densamma som vid myelom men monitorering är annorlunda och mer krävande, särskilt vid hjärtengagemang. I enstaka fall kan två typer av amyloidosis (exempelvis AL- och ATTR-amyloidosis) förekomma samtidigt hos en individ, vilket naturligtvis ökar komplexiteten ytterligare. Den årliga incidensen för AL amyloidosis uppskattas till omkring 8-10 fall per miljon invånare och det totala antalet patienter med AL-amyloidosis i Sverige är uppskattat till 300-400 stycken. Förekomsten av AA-amyloidosis har minskat på senare år tack vare effektiva antiinflammatoriska behandlingar. Incidensen för AA-amyloidosis uppskattas till cirka 2 nya fall per miljon invånare och år medan prevalensen uppskattas till cirka 20 fall per miljon invånare i västvärlden.

Dagens effektiva behandlingar i form av läkemedel som stabiliserar transtyretin eller minskar produktionen av transtyretin (genterapi) är mycket kostsamma. Dessa behandlingar har främst indikation för ATTRv-amyloidosis men vissa kan också användas vid ATTRwt-amyloidosis. Vid diagnos av ATTRv-amyloidosis krävs en utförlig initial utredning av vilka organ som drabbats av sjukdomen vilket i vissa fall kräver specialutrustning för utvärdering av exempelvis autonom nervfunktion och mag-tarmmotilitet. Detta gäller inte AA-, AL- och ATTRwt-amyloidosis i samma utsträckning, men också för dessa systemiska amyloidoser krävs omfattande initial utredning eftersom behandling kan variera beroende på organmanifestation.

Idag fungerar diagnostik, behandling och uppföljning för patienter med ATTRv-amyloidosis som får kontakt med en kunnig vårdgivare bra. På vissa enheter finns goda kunskaper och resurser för att ta hand om denna patientgrupp. Det finns dock ojämlikheter nationellt eftersom tiden till diagnos varierar kraftigt och kunskapen om korrekt utredning och behandling skiljer sig mellan regioner, sjukhus och enskilda läkare. Med tanke på de höga kostnaderna för behandling skiljer sig också tillgången till effektiv behandling efter diagnos mellan olika sjukhus och regioner. Diagnostik och behandling vid AA-, AL- och ATTRwt-amyloidosis skiljer sig till viss del från den vid ATTRv-amyloidosis men även här finns det fördelar med en koncentration för de komplexa fallen då kunskapen om dessa, förhållandevis ovanliga sjukdomar, också varierar kraftigt över landet. För såväl AL- som ATTRwt-amyloidosis är det ett problem att sjukdomen mycket ofta diagnostiseras sent i sjukdomsförloppet.

Organisation

För att möjliggöra en god vård för patientgruppen med ATTRv-amyloidosis krävs specialkompetens inom såväl diagnostiskt som kliniskt orienterade specialiteter. Exempelvis behövs kardiologer, neurologer, gastroenterologer, hematologer, neurofysiologer, patologer, kliniska genetiker och nefrologer, vilket gör vården multidisciplinär. Vid AL-amyloidosis sköts utredning och

behandling av hematolog och vid ATTRwt-amyloidosis i första hand av kardiolog. Vid AL-amyloidosis krävs även en multidisciplinär insats eftersom att denna sjukdom också är systemisk med växlande manifestationer, även om kardiella och nefrologiska symtom ofta dominerar. Detsamma gäller för AA-amyloidosis som dock främst ger njurpåverkan.

Vävnadsdiagnostik vid amyloidosis sker i princip vid alla enheter för klinisk patologi i landet, men specifik diagnostik för systemisk amyloidosis med typbestämning är koncentrerat till Akademiska sjukhuset i Uppsala där också utvecklingsarbete pågår. Det finns dock idag en ambition att bygga upp en verksamhet för vävnadsdiagnostik för amyloidospatienter vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Behandling och uppföljning av AL-amyloidosis sköts idag vid kliniker för hematologi regionalt och vid Universitetssjukhusen närmast patientens hemort, men ibland sker konsultationer mellan sjukhus och över regiongränser angående val av behandling. AA-amyloidospatienter omhändertas regionalt och vid universitetssjukhusen främst av reumatologer och nefrologer.

För ATTRv-amyloidosis finns tre-fyra vårdgivare – diagnostik och vård bedrivs främst vid universitetssjukhusen i Umeå, Uppsala, Stockholm och Göteborg. Idag remitteras de flesta patienter med ATTRv-amyloidosis från Stockholmsområdet och en andel av patienter från Uppsala-Örebro-regionerna till Karolinska Universitetssjukhuset för att genomgå den kliniska utvärderingen som behövs som underlag för diagnos, samt ställningstagande till lämplig terapi och uppföljning på Karolinska Universitetssjukhuset enligt nationella riktlinjer.

En majoritet av patienterna med ATTRv-amyloidosis finns i de endemiska områdena Västerbotten och Norrbotten. Patienter med ATTRv-amyloidosis från Norrbotten och Västerbotten sköts idag av FAP-teamet på Piteå Älvdals sjukhus och av Amyloidoscenrum vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Amyloidoscenrum i Umeå tar också emot patienter från övriga Sverige och till viss del från andra länder för second opinion och ibland för fortsatt uppföljning. Amyloidoscenrum i Umeå tar också emot patienter med ATTRwt-amyloidosis från hela landet för bedömning och hjälper till med diagnostik av AL-amyloidosis i Västerbotten.

Patienter med ATTRwt amyloidosis omhändertas oftast av kardiologer i hela landet med koncentration företrädesvis till Universitetssjukhusen. Det handlar då främst om äldre patienter, över 70 års ålder, med vanliga symptom på hjärtsjukdom såsom hjärtsvikt och/eller förmaksflimmer. Behandlingen vid de amyloidosisorsakade tillstånden skiljer sig en del från standardbehandlingen vid hjärtsvikt och/eller förmaksflimmer. Både erfarenhet och kompetens finns idag vid Universitetssjukhusens kardiologiska kliniker.

Vårdvolymer

Uppemot 600 patienter i Sverige genomgår årligen en avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial, varav omkring 40 % har påvisbara amyloidinlagringar som sedan ska typbestämmas. Utifrån detta uppskattar sakkunniggruppen att som mest 160 nya patienter tillkommer årligen (se tabell 2) och

som är i behov av NHV enligt definitionen, se sida 7 (2a-b). Totalt lever cirka 570-750 patienter i Sverige med en systemisk amyloidos där det finns behov av fortsatt behandling samt uppföljning via NHVe enligt definitionen.

Tabell 2. Uppskattade vårdvolymen år 2021 i enlighet med definitionen

	Antal nya patienter/år	Totalt antal patienter	Antalet vävnadsprover/år
ATTRv	20-30	400	75-150
Oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidossjukdomar	46-130	170-350	205-450
<i>ATTRwt</i>	<i>10-50</i>	<i>100-200</i>	<i>75-150</i>
<i>AL</i>	<i>30-60</i>	<i>50-100</i>	<i>100-200</i>
<i>AA</i>	<i>5-10</i>	<i>10-30</i>	<i>20-50</i>
<i>Annan*</i>	<i>1-10</i>	<i>10-20</i>	<i>10-50</i>
Totalt	66-160	570-750	280-600

*Ovanliga former som inte omnämns i rapporten.

Forskning

Idag bedrivs intensiv klinisk och preklinisk forskning inom vårdområdet systemisk amyloidos. Den idag mest använda diagnostiska metoden, bukfettsbiopsi, liksom den första effektiva behandlingsmetoden vid ATTRv-amyloidos, levertransplantation, är svenska "uppfinningar" som utvecklats genom framgångsrik klinisk forskning. Mellan de olika forskargrupperna i Sverige förekommer mycket väl utvecklade forskningssamarbeten. De svenska grupperna är även väl etablerade internationellt och flera har rikliga internationella samarbeten med europeiska och amerikanska centra, inte minst genom engagemang i 'International Society of Amyloidosis'. En koncentration skulle dock gynna forskning och leda till än mer utvecklade samarbeten med andra etablerade amyloidoscentra internationellt.

Idag finns ett kvalitetsregister för ATTR-amyloidos som omfattar båda sjukdomsformerna (regionvasterbotten.se/sveattr). En koncentration skulle öka förutsättningarna att utveckla uppföljningssystem för vårdområdet.

Internationell utblick

Idag har i ett ökande antal europeiska länder, bland annat Storbritannien, Italien, Tyskland, Holland, Frankrike, liksom Japan, Australien och USA, koncentrerat utredning och vård av patienter med systemisk amyloidos till särskilda "amyloidoscentra". Organisationen varierar mellan länder. Mest utvecklat i fråga om amyloidoscentra är troligen Italien med 25 centra som koordineras från Pavia. Det motsvarar 2.4 miljoner invånare per enhet. Gemensamt för de olika internationella centra är hög forskningsaktivitet och samarbeten dem emellan. De nordiska länderna har varit senfärdiga men, förutom centrat vid Norrlands universitetssjukhus för ATTRv-amyloidos, har det i Danmark nu startats ett amyloidoscenter i Odense.

Framåtblick

Varför nationell högspecialiserad vård?

Kunskapen om systemisk amyloidos ökar snabbt och nya behandlingsprinciper likaså. Det utvecklas nya specifika behandlingar mot enskilda tillstånd som, för att vara effektiva, måste sättas in tidigt i sjukdomsförloppet. Förse-nad eller felaktig diagnos kan därför få en för den enskilde förödande konse-kvenser. Ett starkt fragmenterat omhändertagande av patienter försvårar möj-ligheten att ge patienter med systemisk amyloidos modern behandling. Därför är koncentration en förutsättning för att kunna hålla sig i frontlinjen för diagnostik och terapi. Flera studier i andra länder har också visat att en multidisciplinär vård vid amyloidoscentra kan reducera dödligheten signifi-kant.

Komplexiteten i diagnostiken nödvändiggör koncentrerad av vården till några fåtal enheter. Sakkunniggruppen förespråkar därför att verksamheterna som redan idag arbetar multidisciplinärt med sjukdomsgruppen ATTRv-amyloidos ska få fortsätta att utvecklas.

Ytterligare ett skäl till koncentrerad av vården är komplexiteten av val av terapi med dyrbara särlekemedel mot ATTRv-amyloidos och uppföljnings-procedurer av patienter enligt etablerade nationella riktlinjer. Kraven på spe-cialkunskap inom området kommer att öka i och med att nya terapier utveck-las, inte endast mot ATTR utan också mot AL-amyloidos. Dessutom är koncentration en förutsättning för att delta i kliniska prövningar, som med stor sannolikhet kommer att öka i omfattning inom vårdområdet.

Kontinuerliga kontakter mellan nationella enheter och amyloidocentra, fr.a. i Europa, kommer att utveckla vården vid mer oklara/komplexa fall. Deltagande i internationella amyloidosmöten kommer att vara nödvändigt.

Resonemang kring antal enheter

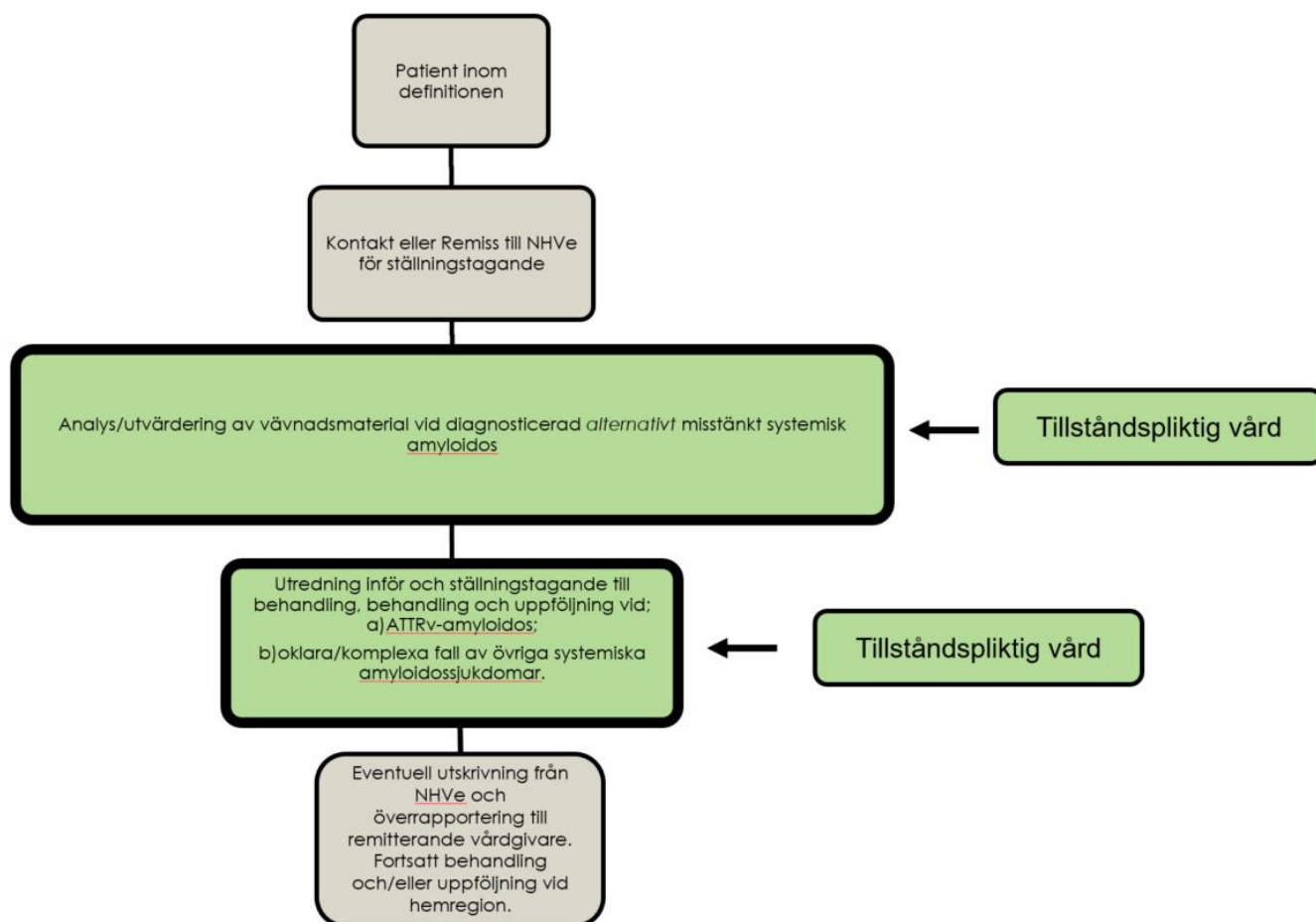
Gällande förslaget att koncentrera vården för patienter med ATTRv-amyloi-dos och oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidossjukdomar till fyra enheter, baseras på patientunderlag, geografisk spridning och kunskaps-läget för dessa relativt ovanliga tillstånd. Vårdvolymerna för de icke ärftliga amyloidoserna kommer sannolikt öka i framtiden i och med en ökad medve-tenhet och utökad diagnostik.

Kompetens kring ATTRv-amyloidos är idag, som ovan beskrivits, koncen-trerad till ett fåtal enheter och sakkunniggruppens avsikt är inte att sprida den kompetens som finns på fler enheter än vad som är ändamålsenligt. Vården för patienter med ATTRv-amyloidos kan således begränsas till något eller några NHVe utifrån inbördes överenskommelse mellan NHVe. Syftet med att inte särskilja och koncentrera vården för ATTRv-amyloidospatienter på färre enheter än de NHVe som ska handlägga oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidossjukdomar, är för att möjliggöra geografisk spridning som bidrar till ökad tillgänglighet för patienterna samt undvika en inlåsnings-effekt som skulle motverka eventuella framtida samarbeten mellan de fyra NHVe kring denna patientgrupp.

Sakkunniggruppen anser att två av dessa fyra enheter även ska ansvara för analys/utvärdering av vävnadsmaterial. Idag görs specifik diagnostik för systemisk amyloidos med typbestämning endast vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. En ambition att bygga upp en sådan verksamhet finns vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå, och sakkunniggruppen anser att den sårbarhet som uppstår med endast en enhet motiverar att två enheter i landet bör samarbeta och ansvara för vävnadsdiagnostik för amyloidospatienter.

Förslag till vårdflöde/vårdkedja

Behandling och uppföljning av patienter med ATTRv-amyloidos och oklara/komplexa fall av övriga systemiska amyloidossjukdomar kommer att kunna utföras i patientens hemregion, efter överenskommelse med NHVe. Detta syftar till att möjliggöra en närhet till vården, i de fall behandlingen och uppföljningen kan genomföras säkert vid hemortssjukhusen. Figur 1 illustrerar ett potentiellt vårdflöde från remiss till utskrivning från NHVe.



Figur 1. Vårdflöde: Systemisk amyloidos

Särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

De villkor som anges under respektive rubrik ska vara unika saker som det definierade området kräver. Vård som kan ges på alla sjukhus i Sverige behöver inte framgå som ett särskilt villkor.

Kritisk personalkompetens

Här ska det framgå vilken typ av personal som är specifik för detta område. Samtliga specialister/professioner i det multidisciplinära teamet ska ha specifik erfarenhet/kunskap/kompetens inom det definierade området.

- Specialist inom kardiologi
- Specialist inom neurologi
- Specialist inom gastroenterologi
- Specialist inom hematologi
- Specialist inom nefrologi
- Specialist inom klinisk fysiologi
- Specialist inom klinisk neurofysiologi
- Specialist inom klinisk genetik
- Specialist inom radiologi/nuklearmedicin med PET-DT kompetens
- Specialist inom oftalmologi
- Specialist inom dermatologi-venereologi
- Specialist inom reumatologi

För de enheter som ska utföra avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial ska utöver ovan även ha följande:

- Specialist inom klinisk patologi med för området särskild metodologisk kompetens

Kritisk utrustning, lokaler

Här ska det framgå om det är någon typ av utrustning som inte tillhör standardutbudet på ett sjukhus som behövs för att diagnosticera och/eller vårda patienter inom definitionen. Endast om utrustningen/lokalen är ovanlig eller starkt kopplad till definitionen ska den anges.

- Skintigrafi med amyloidmarkör, PET-DT, MRI
- Kliniskt fysiologiska diagnosinstrument för utvärdering av autonom nervfunktion och mag-tarmmotilitet

För de enheter som ska utföra avancerad analys/utvärdering av vävnadsmaterial ska utöver ovan även ha följande:

- Tillgång till masspektrometri
- Adekvat utrustning och material, t.ex. specialframställda antikroppar,
- för att genomföra specifika diagnostiska metoder

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

Här beskrivs behov av andra medicinska områden eller vårdåtgärder som inte är definierade som NHV, men som måste finnas för att vård inom definitionen ska kunna bedrivas. Det kan exempelvis gälla tillgång till akuta konsultationer inom något område, någon särskild behandling som behöver finnas eller tillgång till annan resurs (lekterapi etc.). Dessa behöver ej finnas att tillgå fysiskt på samma sjukhus som NHVe, men en ansökande enhet behöver kunna visa hur de ska säkra att dessa områden finns tillgängliga för en överskådlig tid.

- Rehabiliteringsenhet
- Ortopedtekniska hjälpmedel
- Dietist med för området särskild kompetens

Övrigt

- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.
- NHVe har ansvaret för att kommunicera med patientorganisationer och allmänhet om tillståndet. Sprida information till närstående (utbildningar till patient och närstående).

- Kompetensöverföring, kunskapsspridning, utbildning/vidareutbildning inkl. till primärvård samt aktivt identifiera områden där det saknas kunskap.
- NHVe ska ansvar för att utveckla och bidra till kvalitetsregister. Ansvara för att registrering i kvalitetsregister sker. Först och främst kvalitetsregistret SveATTR och eventuellt andra relevanta register.
- NHVe ska verka för en koncentration och fördelning av patientgrupper inom respektive område i enlighet med den kompetens och erfarenhet som finns vid enheterna.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppens underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)

Redan idag reser många patienter till universitetssjukhusen eftersom vården, särskilt av ATTRv-amyloidosis, till stor del redan är koncentrerad till dessa sjukhus. Avstånden för patienterna riskerar förvisso att öka med ytterligare koncentration av vården, åtminstone för dem med systemisk amyloidosis annan än ATTRv, men fördelarna bedöms överväga eventuella nackdelar. Detta eftersom kunskapen om adekvat utredning och behandling av dessa relativt ovanliga tillstånd bedöms bli större vid högspecialiserade centra, vilket också leder till en bättre vårdkvalitet. I många fall kan behandling och grundläggande uppföljning också ske närmare patientens hem efter konsultation med NHVe. Sammantaget gör detta att tillgängligheten till god vård snarast borde öka med NHV.

Kunskapen och medvetenheten om amyloidsjukdomar har ökat under senare år och flödet av patienter med systemisk amyloidosis till universitetsklinikerna har därför också tilltagit. Eftersom patientunderlaget är begränsat i många delar av landet är dock expertkunskapen i regionerna inte sällan begränsad till enstaka läkare. Med en centralisering av vården enligt NHV riskerar dessa läkare med expertkunskap att försvinna. Det kan leda till att patienter som skulle kunna skötas regionalt nu får resa längre sträckor. Den nära vårdtillgängligheten och kunskapsresurserna riskerar alltså att minska. Uppföljningen av patienterna på hemsjukhusen, vilket kan förmodas bli regel efter återremittering från NHVe, riskerar också att försämrats med en minskad medicinsk kunskap.

Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring

Ett fåtal enheter kan komma att bli av med vård, men eftersom basal utredning, viss behandling och grundläggande uppföljning fortsatt kan ske vid hemsjukhusen, efter konsultation av NHVe, bedöms detta vara ett mindre problem. För de enheter som kommer att bedriva nationell vård kommer inflödet av patienter att öka vilket kräver mer vårdresurser. Dock borde detta inte påverka utbildning samt kunskaps- och kompetensöverföring negativt. NHVe har ett formellt ansvar för utbildning och kunskapsöverföring och en koncentrerad och standardisering av vården torde snarast kunna underlätta detta. Samordnade utbildningsinsatser och uppföljning i kvalitetsregister kan bidra till en bättre kompetensöverföring.

Viljan till fortbildning bland läkare som är verksamma utanför NHVe riskerar dock att avta, eftersom man inte har samma medicinska ansvar för utredning och behandling av patienterna, vilket i sin tur kan minska kompetensen regionalt.

Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?

Även forskningen kring dessa sjukdomar bedöms påverkas positivt av en koncentrerad av vården av dessa relativt ovanliga tillstånd eftersom vården lättare kan standardiseras. Datainsamling och deltagande i kliniska prövningar underlättas också med en koncentrerad av patienterna till NHVe. Detta kan i sin tur öka intresset för forskning och öka andelen forskningsmeriterade medarbetare.

Påverkan på närliggande områden

Eftersom patientunderlaget för dessa sjukdomar inte är så stort bedöms inte heller undanträngningseffekterna bli särskilt stora. Dock har de medarbetare som vårdar patienter med amyloidos inte detta som sin enda arbetsuppgift. Så om andelen patienter med amyloidos ökar på en enhet kan deras tid för vård av andra patientgrupper komma att minska. Detta kan exempelvis gälla patienter med andra neurologiska sjukdomar, mag-tarmsjukdomar eller hjärtsjukdomar. Dock torde andra medarbetare på respektive enhet kunna täcka upp för detta. Fördelen med att koncentrera vården av systemisk amyloidos är att kunskapsbredden för denna grupp av ganska heterogena sjukdomar blir större.

Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta området i stort

Akutsjukvården bedöms inte påverkas nämnvärt då det rör sig om kroniska sjukdomar som sällan försämras akut. Den akuta vården kommer som tidigare att ske på patientens ordinarie sjukhus i första hand.

Påverkan på vårdkedjan

Ja, remittering till NHVe kommer att ske i större utsträckning och andelen patienter som följs upp på NHVe kan komma att öka. Kontinuiteten behöver

inte påverkas nämnvärt men kan möjligen förbättras med en tydligare samordning och styrning av vården.

Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)

Att bedriva NHV kommer att innebära en utökad verksamhet för de flesta NHVe vilket kan medföra ökade kostnader och resursförbrukning. Nödvändig utrustning för utredning av systemisk amyloidosis finns på alla universitetssjukhus och några nya investeringar bedöms inte behövas. Dock kan utökade personella resurser behövas för att säkerställa god vård. För remitterter kan kostnaderna för utomlänsvård komma att öka. Med tanke på de nya (och dyra) medicinska behandlingarna för ATTR-amyloidosis kommer sannolikt läkemedelskostnaderna för både NHVe och remitterter att öka, men detta oberoende av NHV. En förbättrad diagnostik och uppföljning via NHVe kan dock komma att bidra ytterligare till kostnadsökningen för medicinsk behandling. Å andra sidan kommer förbättrad och för snabbad diagnostik att leda till minskade kostnader för onödiga eller rentav felaktiga utredningar och, ännu viktigare, till att felaktig behandling undviks. Om sjukdomsförloppet bromsas tidigt kan kostnader för rehabilitering och sjukhusvård också komma att minska.

Eventuella konsekvenser för sjuktransporter

Patienter med avancerad sjukdom kan vara i behov av planerade särskilda sjuktransporter. Behovet akuta sjuktransporter till NHVe föreligger ej. Detta skiljer sig inte från dagens situation.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsplanering

Kunskapen om och vården av systemisk amyloidosis utvecklas ständigt. Antalet nydiagnostiserade patienter har ökat kraftigt de senaste 10-20 åren, särskilt vad gäller ATTR-amyloidosis. Mörkertalet för patienter med ATTRwt-amyloidosis bedöms dock fortfarande vara stort. För ATTRv-amyloidosis har det de senaste 10 åren skett en enorm utveckling av behandlingsmöjligheterna. Tidigare har endast symptomatisk behandling och levertransplantation funnits tillgängligt men idag finns fyra effektiva medicinska behandlingar, vilket gör tidig och säker diagnostik av sjukdomen extra viktig. Detta har också gjort att medvetenheten om amyloidosis i allmänhet och ATTRv-amyloidosis i synnerhet har ökat, vilket innebär att fler patienter kommer att diagnostiseras i framtiden. Vårdvolymerna kommer därmed att öka men med tanke på att sjukdomarna är relativt ovanliga och att viss behandling och uppföljning kan ske utanför NHVe bedöms dagens rekommenderade antal enheter vara tillräckligt för en överskådlig framtid. En likartad situation gäller även för ATTRwt-amyloidosis där den nya grundläggande behandlingen är densamma som vid ATTRv-amyloidosis. Som påpekats ovan ökar f.n. antalet

diagnostiserade fall med denna sjukdom kraftigt. I vilken mån dessa patienter kommer att behandlas vid NHVe är dock svårbedömt.

Övriga kommentarer

Koncentration av diagnostik, utredning och behandling av systemisk amyloidosis sker internationellt, i form av amyloidoscentra, världen över och antalet enheter ökar. Sådana centra har i allmänhet initierats av specialister, ofta hematologer, som sett behovet av multidisciplinärt omhändertagande av patienter med dessa sällsynta men svåra sjukdomstillstånd. Erfarenheterna av dessa centra är mycket goda. Det har rapporterats att tidig hjärtdöd kraftigt reducerats vid behandling på sådana centra och att överlevnaden hos patienter med AL-amyloidosis i stadium III av hjärtsjukdom ökat signifikant. I Sverige har inrättandet av centrum för omhändertagande av patienter med ATTRv-amyloidosis varit av stor betydelse. Med stor sannolikhet kommer den ökande kunskaperna hos befolkningen liksom tillgängligheten av information via internet att göra att patienter i större utsträckning kommer att kräva att få behandling vid sådana centra, utomlands om dessa inte finns i Sverige.

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Uppföljningsmåttens genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter/bedömningar/remisser till NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått – Antal behandlingar	Antal operationer/behandlingar vid NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått - Vårdtid	Vårdtid (i dygn) inneliggande patienter Datum för utskrivning minus datum för inskrivning
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remiss till bedömning Datum för bedömning minus datum för remiss
Tillgänglighetsmått – tid till behandling	Tid (i dagar) från remiss (alt bedömning) till behandling/åtgärd Datum för behandling/åtgärd minus datum för remiss (alt bedömning) Alternativt: Andel patienter (i procent) som behandlats inom vårdgarantin (rekommenderad tid)
Medicinska resultat	Överlevnad
Medicinska resultat	Komplikation
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder (om relevant)	

- Kön
- Patientens hemregion (folkbokföringsadress)

Referenser

Sakkunniggruppen har inte genomfört någon strukturerad litteratursökning som undersöker frågeställningen om koncentration av viss vård inom området systemisk amyloidos. Deras bedömning utgår från internationell utblick, klinisk erfarenhet och kunskap om den svenska sjukvårdens struktur inom området.

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Göteborg: Pontus Wasling, specialist inom neurologi

Samverkansregion Linköping: Kjell Jansson, specialist inom kardiologi

Samverkansregion Lund/Malmö: Gustav Smith, specialist inom kardiologi

Samverkansregion Stockholm: Rayomand Press, specialist inom neurologi och invärtesmedicin

Samverkansregion Umeå: Jonas Wixner, specialist inom internmedicin och medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Per Westermarck, specialist inom klinisk patologi

Patientföreträdare: Nils Lundgren, ordförande, Föreningen Mot Familjär Amyloidosis (FAMY)

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

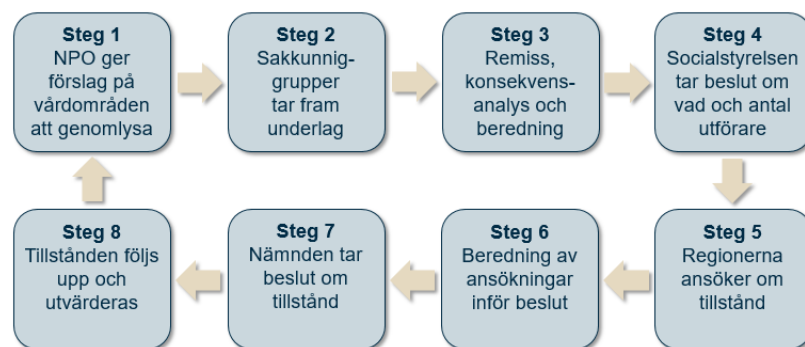
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



7

Yttrande över
sakkunniggruppers
underlag inför beslut om
nationell högspecialiserad
vård, avancerade
endoskopiska åtgärder i
nedre luftvägarna

21RS9516



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9516

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9516

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9516

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9516

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidosis
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9516

Er beteckning:
36548/2019-19

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region Örebro län vill med anledning av förslaget lämna följande synpunkter:

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, men tillstyrker definitionen när det gäller delområde 2-5.

Den del av definition som beskriver endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder med risk för andningsstopp och som avser debulking, dilatationer och stentbehandling (delområde 1), rör en komplex patientgrupp. Sakkunniggruppen uppger att det är svårt att bedöma den årliga vårdvolymen och det finns sannolikt ett utrymme att erbjuda fler patienter än idag värdefull palliativ behandling. Vi instämmer i denna bedömning och identifierar ett behov av mer information om de tillgängliga behandlingsmetoderna nationellt.

Antal enheter

Region Örebro län tillstyrker inte det föreslagna antalet enheter som får bedriva vård inom delområde 1, men tillstyrker antalet enheter när det gäller delområde 2-5.

Fem enheter är enligt Region Örebro läns bedömning för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1. Patienter i denna patientgrupp är svårt sjuka med livshotande andningshinder och lämpar sig inte för längre transporter än nödvändigt eftersom tid utanför sjukhus måste minimeras. Som sakkunniggruppen skriver lämpar de sig inte heller för luftburen transport med tanke på sjukdomens karaktär där lufttrycksskillnad är för riskabelt.

Det enskilt viktigaste skälet till att patienter med centrala luftväghinder bör hanteras vid landets samtliga universitetssjukhus är att ingreppet för att hantera en komprometterad luftväg hos tumörrabbad patient i stort liknar det ingrepp och det teamarbete som krävs vid åtgärd av främmande kropp i luftväg hos både vuxna och barn. Den kompetensen måste alltid finnas på akutsjukhus men i synnerhet på samtliga universitetssjukhus som oftare får dessa fall remitterade till sig för omedelbar åtgärd. Att i det perspektivet ytterligare centralisera vården av avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägar leder till minskad kompetens och ökade risker för den patientgrupp som under alla omständigheter måste hanteras på varje universitetssjukhus.

Region Örebro läns samlade bedömning är därför att planerade endoskopiska åtgärder vid centrala luftväghinder behöver som nu utföras vid samtliga sju (7) universitetssjukhus.

Region Örebro län anser vidare att det är ett missförstånd att påstå att ”mindre sjukhus” för merparten av dessa patienter skulle kunna säkra luftvägen med intubation innan transport till sjukhus som driver nationellt högspecialiserad vård. I de många fall där andningshindret är beläget distalt om tuben utgör intubation på intet sätt att man kan vara trygg med patientens luftväg under transport.

Särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga, men vill tillägga att kliniskt träningscentrum (KTC) med regelbundenhet måste användas för träning av de team som arbetar med patientgruppen. Detta är nödvändigt mot bakgrund av att ingreppen är av sällan förekommande art.

Konsekvensanalys

Region Örebro län bedömer att remitteringsvägar redan nu kan göras nationellt tydliga och att det inte i sig förbättras av koncentration till fem (5) enheter. Geografisk närhet har betydelse och här gör Region Örebro län en annan

bedömning än sakkunniggruppen. Det är regionens uppfattning att sakkunniggruppen underskattar risker vid långa transporter.

På universitetsjukhusnivå kommer en koncentration av denna vård leda till negativ påverkan på kompetens och kunskap kring hantering av svår/komprometterad luftväg, särskilt som detta i stor grad bygger på väl genomarbetade rutiner och avancerat teamarbete inom övriga luftvägsåtgärder (till exempel främmande kropp i luftväg).

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län bedömer att förslagen till uppföljningsmått är rimliga.

För Region Örebro län

Karin Sundin (S)

Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

Jonas Claesson

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Sakkunniggruppens underlag
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för Avancerad endoskopisk diagnostik och behandling i övre och nedre luftvägarna vårdområdet Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista	5
Sammanvägd bedömning	6
Definition	7
Antal enheter	7
Avgränsningar	8
Vårdområde	10
Nuläge	10
Framåtblick	16
Särskilda villkor	18
Konsekvensanalys	21
Uppföljning och utvärdering	24
Deltagare i sakkunniggrupp	26
Om nationell högspecialiserad vård	27

Ordlista

DT	Datortomografi, en medicinsk avbildningsteknik, kallas i dagligt tal ofta CT eller skiktröntgen
ECMO	Extracorporeal Membran Oxygenation, syresättning av blodet utanför kroppen via ett membran, liknande ”hjärtlungmaskin”
HTA	Health technology assessment, utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården
MDK	Multidisciplinär konferens
MRT	Magnetresonanstomografi, en medicinsk avbildningsteknik med s.k. magnetkamera
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad vårdenhet
PET	Positronemissionstomografi, en medicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av isotopmärkta preparat
ÖNH	Öron- näsa- och halssjukdomar

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår, efter genomlysning av vårdområdet Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna, att det som framgår av texten nedan ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Vårdområde 1 ska bedrivas vid fem vårdenheter och vårdområdena 2-5 ska koncentreras ytterligare och bedrivas vid fyra respektive två av dessa vårdenheter.

Vårdområdet hanterar en komplex patientgrupp med andningssvårigheter, där samsjuklighet kan vara betydande och där åtgärderna i många fall inte är av primär kurativ karaktär utan en aktiv palliation. Ingreppen är av sällan förekommande art och det krävs ett multidisciplinärt omhändertagande med erfaren specialistkompetens i lungsjukdomar, öron-, näs och halssjukdomar (ÖNH) och anestesi och intensivvård. Tillgång till radiologi, patologi, thoraxkirurgi, ECMO-behandling och övre gastrokirurgi är nödvändig. Vården kräver en flexibel organisation med korta och välfungerande beslutsvägar för att snabbt mobilisera multidisciplinära team. Vidare finns krav på hög teknisk standard, specialanpassade operationssalar och avancerad för- och eftervård, vilket medför höga kostnader.

Sakkunniggruppen finner att en koncentration av aktuell vård till fem enheter, eller färre för vårdområdena 2-5, ökar förutsättningarna för förbättrad kvalitet på vården, ökad patientsäkerhet och utökad kunskapsutveckling, samtidigt som ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås. Vidare bedömer sakkunniggruppen att en ytterligare koncentration av vården skulle kunna ha negativa effekter på tillgänglighet och försvåra transporterna för dessa patienter, som inte sällan behöver marktransport. Fler enheter än vad som föreslagits kan ge negativa konsekvenser för möjligheterna till erfarenhets- och kunskapsuppbyggnaden per enhet.

Sakkunniggruppen bedömer att konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva, då det medför ett samlat patientunderlag av sällankirurgi samt en säker och resurseffektiv vård. Genom att klart definiera vart dessa patienter kan remitteras ökar också möjligheten till lika vård oavsett hemort. Vidare bedömer sakkunniggruppen att påverkan på akutsjukvård sannolikt blir begränsad. Närliggande vårdområden kan påverkas i viss utsträckning, eftersom koncentration av föreslagna vårdområden tillfälligt kan tränga undan vård av lägre prioriteringsgrad vid de nationella enheterna. Sakkunniggruppen bedömer att detta kan kompenseras genom viss regional omfördelning.

Definition

Sakkunniggruppen anser att bedömning, behandlingsrekommendation och i förekommande fall endoskopisk behandling för de delområden som anges nedan till 1-5 ska utgöra nationell högspecialiserad vård för vuxna patienter.

1. Planerade endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder (distalt om larynx) med risk för andningsstopp, exempelvis, men inte uteslutande:
 - a) Debulking (exempelvis mha laser, shaver, diatermi, kryo)
 - b) Dilatationer av stenoser
 - c) Stentbehandling
2. Avancerad behandling av komplicerade fistlar till och från luftvägarna.
3. Endobronkiell lungvolymsreducerande behandling vid emfysem, exempelvis, men inte uteslutande, ventilbehandling
4. Hellunglavage
5. Avancerad endobronkiell medicinsk behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar, exempelvis, men inte uteslutande, brachyterapi.

Antal enheter

Fem enheter ska utföra planerade endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder (distalt om larynx) med risk för andningsstopp.

Av dessa fem enheter ska

- **fyra** enheter bedriva vård vid komplicerade fistlar
- **fyra** enheter bedriva vård vid endobronkiell lungvolymsreducerande behandling vid emfysem (*exempelvis ventilbehandling*)
- **två** enheter bedriva vård vid hellunglavage
- **två** enheter bedriva vård vid avancerad endobronkiell medicinsk behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar (*exempelvis brachyterapi*)

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har genomlyst följande områden i ett separat sakkunniggruppsunderlag:

1. Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik vid oklar interstitiell lungsjukdom

Sakkunniggruppen har också identifierat områden som inte bör ingå i tillståndet men bör nivåstruktureras inom varje samverkansregion:

1. Endoskopiska åtgärder som utgör stor volym och/eller utgör rutindagnostik, exempelvis:
 - a) Kryobehandling vid andra indikationer än vid oklar interstitiell lungsjukdom
 - b) Endobronkiellt ultraljud (EBUS) för mediastinal staging eller provtagning, s.k. konventionell EBUS. Bör finnas tillgängligt vid enheter som utför invasiv stadieindelning av lungcancer.
 - c) Radiell EBUS.
 - d) Elektromagnetisk navigering för att nå små, perifera tumörer (t.ex. SuperDimension).
 - e) Behandling av larynxstenoser:
 - Subglottisk stenosis (oavsett genes) utgör mängdkirurgi med upprepat behandlingsbehov
 - Övriga stenoser i larynx, t.ex. uni- och bilateral stämbandspares, respiratoriska papillom och web. Dessa tillsammans utgör omfattande mängd och bör inte tillståndspliktigas som NHV.
2. Stel bronkoskopi vid andra indikationer än de ovan föreslagna NHV-områdena. Akut stel bronkoskopi vid t.ex. främmande kropp i luftväg utgör förvisso relativ sällankirurgi, men på grund av dess akuta indikation och krav i målbeskrivning för ST utbildning (ex ÖNH), skall inte stel bronkoskopi tillståndsförpliktigas som NHV.
3. Terminalvård, d.v.s. det sista skedet i palliativ vård, bör ske i hemregionen
4. Bronkoesofagala fistlar kan vara kongenitala eller förvärvade. Behandling av bronkoesofageala fistlar hanteras inom övre gastrokirurgi i samarbete med thoraxkirurgi och i förekommande fall lungläkare samt vid behov barnkirurgisk kompetens. Vårdområdet genomlyses därför inte i denna grupp.

Följande områden är redan genomlysta eller genomlyses parallellt av en annan sakkunniggrupp:

1. Brachyterapi vid huvud- och halscancer
2. Huvud- och halstumörer
3. Matstrupskirurgi
4. Svåra kroniska lungsjukdomar hos barn

Följande områden har sakkunniggruppen identifierat för eventuell framtida genomlysning:

1. Stenosrande larynxfraktur hanteras via öppen extern kirurgi, området genomlyses inte i aktuell sakkunniggrupp.
2. Pediatrisk luftvägsförträngning. Bör hanteras av sakkunniggrupp med specifik kompetens inom pediatrisk luftväg.
3. Mediastinoskopier, ersätts allt mer av EBUS eller VATS (Video-assisted thoracoscopic surgery), utförs av thoraxkirurg och bör därmed genomlysas av thoraxkirurger i samråd med lungmedicin och ÖNH.
4. Thyroideakirurgi; bör genomlysas av sakkunniggrupp med representation av endokrinkirurg
5. Trakealstenoser betingade av kollaberande broskdeformiteter. Hanteras huvudsakligen via öppen kirurgi även om ingreppet guidas för optimalt utfall med endoskopisk teknik. Bör genomlysas av sakkunniggrupp med representation av thoraxkirurg.
6. Behandling av extratrakeala kompressionstillstånd utöver stentbehandling innebär vanligen extern kirurgi och bör genomlysas av sakkunniggrupp med representation av thoraxkirurg.

Vårdområde

Nuläge

Övergripande beskrivning av det aktuella vårdområdet

Med nedre luftvägarna menas de delar av luftträdets som finns distalt (caudalt) om larynx. Avancerade endoskopiska åtgärder i dessa nedre delar av luftvägarna kräver högspecialiserad klinisk kompetens och avancerad teknologi. Patientgruppen är komplex och vården i många fall inte kurativ utan syftar till att förbättra livskvaliteten för svårt sjuka och deras närstående. Den vanligaste orsaken till avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna är lungcancer, som drabbar cirka 4 000 personer i Sverige årligen. Enligt kvalitetsregisterrapporten för lung- och lungsäckscancer initieras medicinsk behandling för 35 procent av patienterna inom 40 dagar och endast 12 procent får strålbehandling och kirurgi inom 44 dagar. Skillnaden mellan de olika sjukhusen i landet är stora.

Vården som utgör fokus i denna genomlysning kräver god samarbetsförmåga och väl upprätthållen operativ färdighet, t.ex. genom simulationer över specialitetsgränserna. I det multiprofessionella teamet behövs tillgång till specialister i lungsjukdomar, öron-, näs och halssjukdomar (ÖNH), thoraxkirurgi, anestesi och intensivvård samt perfusionist och ECMO/hjärtlungmaskin. I utvalda fall behövs specialist i övre gastrokirurgi. Lungmedicinsk specialitet representeras också av sjuksköterskor med erfarenhet av avancerade bronkoskopiska ingrepp. För diagnostik måste radiolog och patolog med specialkunskap i ämnet finnas tillgängligt digitalt eller fysiskt.

De föreslagna vårdområdena utgör sällankirurgi, med små vårdvolymer som förutsätter en snabbt mobiliserad operativ organisation med korta beslutsvägar. Nödvändig utrustning för diagnostik, behandling och ventilation är kostsam och bör övrig tid utnyttjas till endoskopiska ingrepp av mindre riskfylld karaktär för att betraktas som resurseffektiv. Inte sällan kräver dessa avancerade interventioner hög personaltäthet och patienterna har ett stort omvårdnadsbehov i anslutning till ingreppen. Den avancerade för- och eftervården omfattar även stöd till anhöriga.

Åtgärderna kan komma att kräva förberedande ingrepp på hemorten av specialistläkare med kompetens inom endoskopi för att patienten ska kunna transporteras till en högre vårdnivå. Behandlingsvalet styrs av flera faktorer såsom t ex patientens önskemål, grad av avancerad och i vissa fall generaliserad sjukdom samt eventuell samsjuklighet. Idag bereds den operativa interventionen centraliserat till landets universitetssjukhus, där möjlighet till specialitetsöverskridande luftvägsteam finns att tillgå vid ingrepp och komplikationer till dessa. Vid universitetssjukhusen finns också den diagnostiska specialkunskap som krävs inom ex radiologi och patologi.

Idag varierar antalet avancerade ingrepp på ett otillfredsställande sätt mellan vårdgivare utifrån tillgång till kritisk kompetens och tillgång till teknik och metod. Det är för hela vårdområdet svårt att utvärdera resultat beroende på grundsjukdomens omfattning och patientens samsjuklighet. Sakkunniggruppen bedömer dock att en samlad vård skapar förutsättning för att den högspecialiserade vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.

Delområde 1: Planerade endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder (distalt om larynx) med risk för andningsstopp, enligt ovan

Planerad endoskopisk debulking vid centrala luftvägshinder görs i första hand på svårt sjuka patienter med andningssvårigheter. Intentionen är i första hand kurativ eller palliativ, men kan även vara diagnostisk.

Endoskopisk debulking kräver ovan nämnda specialitetsöverskridande vårdteam med fokus på operation och ventilation. Ingreppet får inte riskera sätta patienten i ett mer utsatt sjukdomstillstånd än det preoperativa. Det är en komplicerad process att lyfta fram rätt patient till rätt ingrepp, utfört vid rätt tillfälle på rätt sätt och av rätt operatör med tillgång till rätt vårdteam. Vården vid centrala luftvägshinder är kostsam då kompetens för ventilation och operation samt utrustning för respektive teknik och för eventuella komplikationer alltid bör finnas tillgänglig.

Idag är planerade endoskopiska åtgärder vid centrala luftvägshinder centraliserade till landets universitetssjukhus. Bedömning och säkerställande av luftvägen vid akuta luftvägshinder ingår i uppdragsbeskrivningen för varje sjukhus med akutverksamhet (ca 30 sjukhus i Sverige). I utvalda fall förbereds patienten endoskopiskt (intuberas) för att kunna transporteras till universitetssjukhus för ett mer avancerat ingrepp. Således behövs även på mindre sjukhus kompetens för att bland annat säkra transporten av andningspåverkade patienter mellan sjukhus.

Delområde 2: Avancerad behandling av komplicerade fistlar till och från luftträd

I detta delområde genomlyses bronkopleurala och bronkomediastinala fistlar (dvs. mellan bronk och pleura respektive bronk och mediastinum). Till området fistlar hör även bronkoesofageala fistlar, som hanteras inom "övre gastrokirurgi" (se Avgränsningar). Fistlar till och från luftträd kan orsaka läckage av luft in i lungsäcken, varvid lungvävnaden trycks undan. Inför åtgärd krävs därför markburen interhospital transport, samt att en dialog och bedömning av ev. dränbehov inför transport genomförs.

Att lokalisera en fistel till och från luftträd och sluta fistelgången kräver god teknisk och instrumentell färdighet eftersom patienten under ingreppet även måste ha fri luftväg. I det multidisciplinära teamet behövs ovan nämnda kompetenser. De specifika ventilerna som kan användas är kostsamma, liksom de Y-stentar som används vid centrala fistlar. På grund av risk för komplikationer till ingreppet med påverkad andning, behöver patienten vårdas ineliggande efteråt.

Idag är fistelslutning med ventil eller plugg vid t.ex. persisterande pneumothorax och tumör genomväxt in i luftvägen centraliserade till universitetssjukhus. Volymerna av de komplicerade fall aktuella för fistelslutning som beskrivs i detta underlag är låga (se rubrik "Vårdvolym" nedan).

Delområde 3: Endobronkiell lungvolymreducerande behandling vid emfysem

Patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) drabbas inte sällan av emfysem, ett svårbehandlat tillstånd utan möjlighet till bot. Sakkunniggruppen har i detta underlag valt att beskriva ventilbehandling, men vårdområdet som föreslås bli nationellt högspecialiserad vård begränsas inte till detta utan bör även, åtminstone initialt, omfatta eventuella andra endobronkiella metoder som kan komma att utvecklas i framtiden.

Ventilbehandling innebär att en begränsad del av luftvägen på lob-nivå stängs av endobronkiellt så att luft och slem kan passera ut i luftträdets men inte tillbaka, d.v.s. man åstadkommer en s.k. iatrogen atelektas. Det emfysematösa området faller samman, så att den friska lungvävnaden kan expandera.

Komplexiteten vid ventilbehandling ligger i selektionen av patienter. För goda resultat ska patienten sakna kollateralventilation mellan emfysemförändringarna i den lob man planerar att behandla och den övriga lungvävnaden. Detta för att luft inte ska passera "bakvägen" in i de emfysematösa förändringarna. Med utvecklad radiologi kan man identifiera grupper med förväntad hög patientnytta och minimerad risk för komplikationer. En multidisciplinär bedömning är central, där ovan nämnda specialister med erfarenhet av området deltar.

Även i efterförloppet behövs ett multidisciplinärt team inkluderande fysioterapeut med erfarenhet av dessa patienter. De första dagarna efter ingreppet behövs inliggande vård med beredskap för övervakning eftersom risken för pneumothorax beräknas till ca 15–20 procent. Det är viktigt att övervakningen sker på rätt sätt eftersom patienterna är sköra. De ventiler som används är kostsamma, men för rätt utvald patientgrupp är ingreppet mindre riskfyllt och kostnadseffektivt jämfört med öppen thoraxkirurgisk intervention.

Metoden är etablerad internationellt. En nyligen gjord HTA visar på att införande av ventilbehandling är kostnadseffektivt vid rätt indikation. Införandet av ventilbehandling är påbörjad i Sverige vid ett par enheter men har försenats i och med covid-19-pandemin, och därför är det svårt att bedöma aktuella årliga vårdvolym. En uppskattning är att 50-60 patienter årligen skulle behöva behandling i Sverige med nuvarande indikation. Internationellt är indikationen bredare. Efter utvärdering av forskningsresultat samt vård- och omsorgsanalys, förväntas en utökad nationell implementering.

Delområde 4: Hellunglavage

Hellunglavage ges som behandling för alveolär proteinos, en sällsynt sjukdom med begränsade behandlingsmöjligheter. Alveolär proteinos innebär att

surfaktant ansamlas i lungorna och påverkar lungfysiologin negativt. Den redovisade prevalensen av sjukdomen är ca 4 per miljon invånare och inciden- sen 0,4 per miljon invånare, vilket motsvarar ca 40 patienter i Sverige per år (ca 20 nyinsjuknande/år). Obehandlade patienter med alveolär proteinos ris- kerar utveckla progressiv lungfunktions-inskränkning exempelvis i form av lungfibros med hög morbiditet och på sikt mortalitet. På senare tid har immu- nologiska behandlingsalternativ utvecklats, men för ett antal patienter har inte läkemedelsbehandling varit tillräcklig eller aktuell som behandlingsalter- nativ, varför fortsatta behandlingar med lunglavage har en klar indikation.

Hellunglavage kräver avancerad endoskopisk kunskap och teknisk färdig- het. Processen innebär att förvald lung-sida isoleras och selektivt sköljs med en stor mängd saltlösning. Inför behandling sammanvägs patientnyttan med riskfaktorer såsom samsjuklighet. Sannolikheten för ett terapiutfall som kom- mer patienten till godo kompletteras med fysiologisk, radiologisk och klinisk data, vilket i sig kräver erfarenhet av ingreppet. Behandlingen kräver tillgång till ECMO ifall komplikationer skulle uppstå.

Det multidisciplinära teamet behöver, utöver kompetens i avancerad luft- väg, även ha erfarenhet av hellunglavage och endoskopi med dubbellu- mentub. Fysioterapeuterna behöver ha erfarenhet av den procedur som mobi- liserar surfaktant. Idag bedrivs hellunglavage vid enstaka universitetssjukhus i landet.

Delområde 5: Avancerad endobronkiell medicinsk behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar, exempelvis, men inte uteslutande, brachyterapi

Sakkunniggruppen har i detta delområde valt att, som ett exempel på en- dobronkiell behandling av cancer med avancerad inväxt i central luftväg, fo- kusera på endobronkiell brachyterapi. Då nya endobronkiella behandlings- metoder kan tillkomma bör inte det föreslagna tillståndet begränsas till detta. Brachyterapi är en sällanintervention där stråldos tillförs ett målområde via interna katetrar. Metoden är reserverad till ett fåtal patienter med behov av palliation vid malign sjukdom i central luftväg, då maximal extern stråldos är given, eller som adjuvans till annan behandling. I utvalda fall används brachyterapi även vid icke malign sjukdom.

Komplexiteten vid endobronkiell brachyterapi består främst i selektionsar- betet av patientgruppen, men också i snabb mobilisering av multidisciplinärt behandlingsteam med kapacitet för täta behandlingsintervall för att genom- föra behandlingen. Patientens luftväg behöver bedömas kliniskt inför ingrep- pet av erfaren bronkoskopist. Därefter diskuteras patientnyttan i relation till riskprofilen med strålonkolog och med patienten själv. Vid behandlingen ve- rifieras kateterns position radiologiskt och strålfältet beräknas av strålfysiker med specialkunskap i området. Beredskap för intensivvård ska finnas för hantering av komplikationer som påverkar luftväg och andning.

Idag är brachyterapi centraliserad huvudsakligen till ett par strålonkolo- giska kliniker. Sannolikt föreligger skillnader i tillgänglighet till metoden över riket. För en optimal hantering av patienter med behov av brachyterapi behöver kunskapsläget förbättras och remitteringsvägar förtydligas.

Vårdvolym

Tabell 1 Antalet patienter per år skiljer sig från antalet behandlingar per år för respektive åtgärd, se nedan.

Vårdområde	Uppskattad årlig vårdvolym nationellt (behandlingar/år)
Endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder	300
Komplicerade fistlar till och från luftträdets	100
Endobronkiell behandling vid emfysem (ventilbehandling)	50-60 med nuvarande indikation
Hellunglavage	<10
Avancerad medicinsk endobronkiell behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar (brachyterapi)	<20

Delområde 1: Planerade endoskopiska kirurgiska åtgärder vid centrala luftvägshinder (distalt om larynx) med risk för andningsstopp

Det är svårt att uppskatta en vårdvolym för delområdet då det sannolikt finns ett mörkertal av patienter som skulle kunna vara aktuella för dessa åtgärder, som i huvudsak utförs vid centralt växande malignitet. En tydligare remissväg genom nationell koncentration skulle kunna bidra till ett ökat antal patienter. Även antalet behandlingar per patient kan variera. Om man utgår från de lungcancerfall som uppfyller indikationen för åtgärderna och adderar patienter med metastatisk växt från t.ex. gastrointestinalkanal, gynekologiska organ och malignt melanom samt patienter som behöver stentbehandling efter lungtransplantation, så uppskattas den totala vårdvolymen aktuell för NHV nå drygt 300 behandlingar/år.

Delområde 2: Komplicerade fistlar till och från luftträdets

Den uppskattade volymen av patienter som får fistlar som restillstånd efter lungcancerkirurgi, transplantation, iatrogen eller vid KOL är ca 100/år, men denna siffra kan sannolikt variera och är svår att uppskatta. Sakkunniggruppen har i sin uppskattning räknat med en behandling per patient/år.

Delområde 3: Endobronkiell lungvolymsreducerande behandling vid emfysem (exempelvis ventiler)

Idag är denna metod under uppstart i Sverige och då för patienter med heterogent emfysem och dålig lungfunktion. I Skåne beräknar man göra ca 10-15 ventilbehandlingar per år med denna indikation, vilket skulle motsvara ca 50-60 behandlingar nationellt. Tillkommande är sannolikt patienter med homogent emfysem (enligt indikationen som gäller internationellt), varför en stor ökning kan väntas på framtida NHVe. Uppskattningsvis kan en framtida vårdvolym handla om ca 150 patienter/år.

Delområde 4: Hellunglavage

Idag utförs detta på ett fåtal patienter per år nationellt. Framtida vårdvolym kan öka efter en tydligare remissgång, men det exakta behovet är svårt att uppskatta eftersom sjukdomen är mycket sällsynt och patientens svar på immunbaserad behandling varierar. Antal behandlingar per år varierar således

och är svårberäknade men sakkunniggruppen uppskattar att ca 10 behandlingar per år i Sverige kan bli aktuella för NHV.

Delområde 5: Avancerad medicinsk endobronkiell behandling av tumörer och förträngningar i luftvägar (exempelvis brachyterapi)
Idag genomgår ett mycket selekterat antal patienter vid ett fåtal strålonkologiska kliniker en serie behandlingar med endoskopisk brachyterapi i täta behandlingsintervall. Vårdbehovet uppskattas att öka då patienter med lungcancer lever allt längre genom fler behandlingsled. Antalet behandlingar årligen varierar men utifrån rapporterade vårdvolym 2020 uppskattar sakkunniggruppen att ca 20 behandlingar per år i Sverige kan bli aktuella för NHV.

Forskning

Någon pågående forskning avseende behandling av centrala luftvägshinder finns inte i Sverige. Inom KOL/emfysem-relaterade ingrepp pågår studier av endobronkiell lungvolymreduktion med ventiler (med ett uppehåll under covid-19-pandemin). Forskningen inom de övriga delområdena ser delvis olika ut och förutsättningarna skiljer sig åt.

De aktuella patienterna är i många fall i livets slutskede, vilket medför en begränsning i studier då man inte kan randomisera patienterna till stora studier. Blivande NHV-enheter behöver följa upp åtgärderna med kvalitetsmått på individuell nivå.

Genom regionala cancercentrum i samverkan (RCC) finns nationella informationsnätverk och även lungcancerregistret utgör en god bas för klinisk och patientnära forskning. En samlad patientvolym och ett nationellt samarbete skulle kunna öka möjligheten att utveckla vård, validera data och bedriva attraktiv forskning med hänsyn till den låga incidensen i en jämförelsevis liten befolkning. Dagens lungcancerpatienter utreds med allt bättre diagnostiska metoder och behandlingsalternativ. Den kliniska tillämpbarheten av pågående forskning har mynnat ut i förändrade behandlingsrekommendationer, moderna lungcancerkirurgiska principer och effektiviserad strålbehandling.

Internationell utblick

I Danmark har man på nationell nivå koncentrerat vården vid alveolär proteinos, men utför inte lunglavage. Inte heller brachyterapi vid tumörer och förträngningar i luftvägar utförs i Danmark. Debulking görs vid alla thoraxkirurgiska centra och lungvolymsreducerande åtgärder vid tre centra.

I Norge har man i princip koncentrerat vården vid invasiva endoskopiska ingrepp till en enhet, där man gör ett drygt hundratal ingrepp om året. Enstaka ingrepp görs på andra enheter, då man inte kan skicka patienter till Rikshospitalet. Endobronkiell behandling av emfysem görs på en enhet, medan fistlar till luftvägarna behandlas runt om i landet.

I Finland har man inte koncentrerat någon vård inom detta område på nationell nivå.

I Storbritannien hanteras kritisk vård av svår luftväg med förväntat behov av extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) på nationell högspecialiserad vårdnivå. Beredskap för ECMO skall finnas vid akut svår men potentiellt reversibel andningssvikt och utgör en kritisk resurs i de särskilda villkoren i detta underlag.

Framåtblick

Tiden från välgrundad misstanke till diagnos och behandling av maligniteter i luftvägarna är en tid av oro för patient och närstående. Det finns ett tydligt samband mellan sjukdomsstadium och överlevnad samt livskvalitet. Både ur ett patientperspektiv men också av sjukdomsbiologiska orsaker bör denna tid vara så kort som möjligt.

En koncentration av ovanliga fall medför större erfarenhet och möjlighet att individualisera behandling. Att samla kunskap om sällandiagnoser och behandling förväntas ge ett förbättrat effektutfall, som även kan mätas i kvalitets- och forskningsprojekt. Ur ett patientperspektiv vore nationell koncentration värdefull, då det kan tydliggöras var respektive patientgrupp skall vårdas, vilket väntas öka möjligheten till lika tillgång till högspecialiserad vård. Det är viktigt att nationella högspecialiserade vårdenheter (NHVe) kan erbjuda snabb och standardiserad utredning, liksom flertalet behandlingsalternativ för att alltid kunna välja det mest lämpliga för den enskilda patienten. Det är patienten själv som efter information från NHVe accepterar eller avböjer behandlingsförslag.

En nationell vårdenhet förutsätter ett välfungerande multidisciplinärt team som kan hantera kritiska moment. Utöver erfarenhetsvinster kan detta säkerställas genom simulatorövningar. Det behövs kompetens och beredskap på sjukhuset för komplikationer såväl under ingreppet som i efterförloppet. Den omkringliggande organisationen förutsätts drivas med flexibilitet och korta beslutsvägar eftersom ingreppen och hanteringen av eventuella komplikationer sker inom en snäv tidsram.

Det är viktigt med en nära samverkan mellan hemsjukhus, patient, närstående och NHVe. För ett optimalt samarbete mellan hemsjukhuset och NHVe behövs tillgång till specialutbildad radiolog och patolog. Vid planerade ingrepp av diagnostisk och terapeutisk karaktär föregås de medicinska behandlingsbesluten av multidisciplinära konferenser (MDK). MDK bör även ske mellan NHVe för säkra verksamhetens likvärda nationella status, kompetens och utveckling samt för att gynna samarbetet mellan dessa. Avancerade endoskopiska ingrepp på lungtransplantationspatienter bör behandlas i samråd med lungtransplantationsenheter, för bästa möjliga resultat. Interhospital förflyttning skall ske med patientens bästa i fokus. Efter att ha vårdats vid NHVe får patienten med sig en individuell vård- och rehabiliteringsplan för fortsatt vård på hemorten.

Vid NHVe är en kontaktsjuksköterska mycket viktig för snabb, effektiv och ämneskunnig information. Denna kontaktsköterska bör vara väl insatt i

såväl den individuella patientens situation som i det ingrepp patienten är planerad för, inklusive förväntade vårdtider och efterföljande medicinska och paramedicinska insatser. Önskvärt är även att NHVe samarbetar med patientföreningar.

De nationella enheterna ska samordna och upprätthålla en specialitetsöverskridande, aktuell ämneskunskap inom central luftväg. De enheter som bedriver vård inom respektive delområde ska upprätthålla motsvarande specifikt för dessa områden, inklusive hantering av komplikationer och en säker eftervård. Det är särskilt viktigt att långsiktigt hålla ihop involverade specialiteter och kunna samarbeta väl utan konkurrens.

Det är önskvärt att framtida NHVe bidrar till forskning inom de aktuella sjukdomsområdena och verkar för utveckling av nya behandlingsmetoder. Exempelvis är nya endobronkiella behandlingsmodaliteter utöver brachyterapi under utveckling. NHVe kommer att inneha ett ansvar för kunskapsspridning till enheter som inte innehar tillstånd för de aktuella åtgärderna, vilket kan ske genom t.ex. kurser fysiskt eller online. NHVe kan även bistå i uppbyggnad av utbildningsplattformar för effektiv kunskapsspridning och utbildning. NHVe bör delta aktivt i implementering och utformande av riktlinjer kring vårdområdets tekniker och kliniska tillämpning.

Särskilda villkor

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48 om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

Kompetens och resurser	
Kritisk medicinsk kompetens (läkare)	Vid alla fem enheter ska nedanstående läkare med erfarenhet av avancerade ingrepp vid svåra luftvägsproblemm finnas: • Specialist i lungsjukdomar • Specialist i ÖNH-sjukdomar • Thoraxanestesiolog • Thoraxkirurg • Läkare med ECMO-kompetens • Radiolog med thoraxkompetens (tillgänglig fysiskt eller digitalt) • Specialist inom nuklearmedicin med PET-CT kompetens (tillgänglig fysiskt eller digitalt) • Patolog med lungmedicinsk kompetens (tillgänglig fysiskt eller digitalt) Vid enhet som erhållit tillstånd för endobronkiell brachyterapi ska även nedan angivna kompetenser finnas: • Specialist i lungsjukdomar med erfarenhet av avancerad endobronkiell behandling inom brachyterapi • Strålonkologer med erfarenhet av brachyterapi Vid enhet som erhållit tillstånd inom hellunglavage ska utöver ovanstående även nedan angivna kompetenser finnas: • Läkare inom relevant specialitet med erfarenhet inom hellunglavage
Andra typer av kritisk kompetens (t.ex. sjuksköterska, kurator, psykolog eller fysioterapeut med specialkompetens)	Personal med särskild kompetens av avancerade ingrepp vid svåra luftvägsproblem: • Anestesijüksköterska • Endoskopisköterska alternativt operationssköterska med erfarenhet av bronkoskopier • Perfusionist • Sjuksköterska med särskild kompetens inom omvårdnad vid svår luftväg

	Vid enhet som erhållit tillstånd för endobronkiell brachyterapi ska utöver ovanstående även nedan angivna kompetenser finnas: - Sjukhusfysiker med erfarenhet av området Vid enhet som erhållit tillstånd inom hellunglavage ska utöver ovanstående även nedan angivna kompetenser finnas: - Fysioterapeut med erfarenhet av behandling vid hellunglavage
Kritiska medicinska resurser (utrustning, lokaler etc.)	- Metod att hålla fri luftväg ex stelt bronkoskop/stelt laryngoskop eller motsvarande - Metoder för avancerad ventilation ex jet-teknik - Flexibla videobronkoskop med adekvata tillbehör för det tillståndsgivna området - ECMO Vid enhet som erhållit tillstånd för endobronkiell brachyterapi ska utöver ovanstående även nedan angivna resurser finnas: - Strålapparat - Strålkällor - Rum anpassade för behandling enligt Strålskyddsmyndighetens krav
Andra områden (ffa medicinska) som är en förutsättning för att den föreslagna vården ska kunna bedrivas	- För området specialiserad kirurg (övre gastrokirurg, endokrinkirurg) - Thoraxintensivvård - Postoperativ vård på vårdavdelning med övervakning av luftvägssymtom för eventuella komplikationer - Klinisk fysiologisk verksamhet inkluderat personal och utrustning - Kliniskt patologiskt laboratorium med lungmedicinsk kompetens
Kritiska diagnostiska metoder	- Radiologi passande för ingreppet - MRT/DT/PET-CT - Klinisk fysiologiska diagnosinstrument
Behandling som behöver finnas men som inte är definierat som NHV (t.ex. medicinsk, kirurgisk, interventionell radiologi)	
Rehabilitering som behöver finnas men som inte är definierat som NHV (särskilt anpassad till behovet)	- Funktionell andningsterapi; logoped och/eller fysioterapeut med specialkompetens - Kontaktsjuksköterska med särskild kompetens inom det tillståndsgivna området - Kurator med kompetens knuten till lungmedicinska specialiteter - Dietist
Övrigt (krav på NHVe att utveckla t.ex. vårdplaner etc.)	- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs. - NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet.

	Detta gäller i synnerhet för de enheter som utgör en av två utövare. • NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.

Konsekvensanalys

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)	NHV ger lika möjlighet till högkvalitativ vård för avancerad endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna oavsett var i landet man bor. Remitteringsvägarna blir nationellt tydligare och mer enhetliga med möjlighet även till rådgivning via NHV. Aktuell vård utgör subakut verksamhet av svårt sjuka patienter som hanteras inom slutenvårdens ramar. Betydelsen av en geografisk närhet mellan behandlande instans och bostaden skall beaktas, men sakkunniggruppen bedömer att värdet av att (genom koncentration) uppbygga en hög, väl samarbetande kompetens för denna utvalda patientgrupp ändå överväger. Redan idag innebär vården vanligen en resa från sin hemort eftersom dessa patienter i nuläget behandlas på universitetssjukhus. Man bör ta särskild hänsyn till patientens medicinska tillstånd och önskemål vid generaliserad sjukdom eller omfattande samsjuklighet och vid stor osäkerhet kring patientens personliga vinst av NHV.
Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring	En nationell koncentration av aktuell vård förväntas ge kvalitetsvinster genom påverkan på utbildning, kunskap, kompetensöverföring. Den medför sannolikt en liten kompetensförlust då antalet utförda ingrepp i landet redan är få. Det kommer sannolikt även i framtiden att vara ett fåtal även om en viss ökning är att vänta.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
	En möjlig risk är att kunskapen om vissa begränsande undergrupper inom det aktuella vårdområdet minskar vid enheter som inte innehar tillstånd. I förlängningen kan dessa enheters attraktionskraft minska, d.v.s. att personal med endobronkiell kompetens inte söker sig till enheter som har tappat denna verksamhet. Detta behöver kompenseras genom att NHVe får ett tydligt utbildningsansvar såväl inom som utanför NHVe.
Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?	NHVe bör delta aktivt i arbetet med utveckling av databaser för denna patientgrupp och därmed öka förutsättningarna att bedriva forskning och utveckling. NHV skapar en möjlighet till ett större och mer komplext forskningsunderlag. Forskningen kan även främjas genom ett tydligt samverkansansvar mellan NHVe.
Påverkan på närliggande områden	Koncentration av avancerad endobronkiell verksamhet kan ha viss undanträngningseffekt på kirurgi av lägre medicinsk prioritet. Det är därför av vikt att patienterna fördelas jämnt mellan NHVe för att undvika en överbelastning. Viss regional omfördelning av patienter kan behövas mellan enheter som har respektive inte har tillstånd.
Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta området i stort.	Det kan bli viss påverkan på akutsjukvård och intensivvård på blivande NHVe i och med ökade volymer, men denna påverkan förväntas vara låg eftersom patientantalet är lågt. Akuta komplikationer till avslutad NHV kan vara svårt för hemsjukhuset att hantera om den avancerade endoskopiska kompetensen saknas. Det kan innebära att patienten behöver vård på närmaste universitetssjukhus alternativt återremitteras till NHVe.
Påverkan på vårdkedjan	Transporterna för de aktuella patienterna är riskfyllda, det är därför viktigt att beakta att transporterna inte blir för långa. Patienterna kommer i vissa fall att behöva förberedas på hemort inför transport oavsett om det sker direkt till NHVe eller via regionvård. Det finns med NHV förutsättningar för en effektivare vårdkedja och kortare ledtider genom ökad enhetlighet kring de aktuella åtgärderna.
Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)	Multidisciplinära möten inom det aktuella vårdområdet kommer att konsumera resurser, som skall mobiliseras på kort tid utifrån det aktuella sjukdomspanoramat. De enheter som tilldelas tillstånd kommer att få något ökade vårdvolymen men eftersom antalet patienter är få väntas denna påverkan bli liten. Resursförstärkning

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
	bör ske för att undvika förlängd väntetid för patienten. Ett tydligt uppdrag för NHVe kommer sannolikt att utgöra ett attraktionsmoment för specialister inom berörda områden. Samarbete mellan NHVe kan minska sårbarhet vid tillfälliga problem med kompetensförsörjning inom berörda specialiteter. En nationell koncentration ökar förutsättningarna att implementering av nya behandlingsmetoder sker på ett strukturerat sätt.
Eventuella konsekvenser för sjuktransporter	Patienten är i behov av transporter med hög vårdkompetens inom avancerad luftväg, främst genom marktransport då patientgruppen inte bedöms vara transportabel inom flygtransport. Detta ställer högre krav på marktransporter. Det totala antalet transporter väntas inte påverkas nämnvärt då antalet fall är få samt att patienterna redan idag transporteras till närmsta universitetssjukhus. Däremot kan något fler interregionala transporter med hög kompetens krävas, jämfört med idag.
Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsvisioner	I framtiden förväntas efterfrågan på avancerad endoskopisk behandling och diagnostik att öka utifrån pågående forskning och metodutveckling inom bl.a. lungcancer. I och med att ett flertal av de avancerade endoskopiska ingreppet kan göras i lokalbedövning är patientantalet fler i jämförelse mot öppen thoraxkirurgi.
Övriga kommentarer:	

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter/bedömningar/remisser till NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått – Antal behandlingar	Antal operationer/behandlingar vid NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått - Vårdtid	Vårdtid (i dygn) inneliggande patienter Datum för utskrivning minus datum för inskrivning
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remissankomst till bedömning Datum för bedömning minus datum för remissankomst
Tillgänglighetsmått – tid till behandling	Tid (i dagar) från bedömning till åtgärd Datum för åtgärd minus datum för bedömning
Medicinska resultat	Komplikation, exempelvis grad av blödning och pneumothorax
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder (om relevant) • Kön • Patientens hemregion (folkbokföringsadress)	

- Diagnos

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Stockholm: Ranjh Hamed, specialist inom lungsjukdomar

Samverkansregion Linköping: Maria Öhman, specialist inom lungsjukdomar
samt internmedicin och intensivvård

Samverkansregion Umeå: Katarina Olofsson, specialist inom öron-, näs- och
halssjukdomar med grenspecialitet inom röst och talrubbningar

Samverkansregion Lund/Malmö: Stefan Barath, specialist inom lungsjukdo-
mar

Samverkansregion Göteborg: Margaretha Smith Wallhede, specialist inom
lungsjukdomar och internmedicin

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Leif Nordang, specialist inom öron-,
näs- och halssjukdomar

Patientföreträdare: Tommy Björk, Lungcancerföreningen

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet vårdenheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



8

Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, extraktion av pacemakerutrustning 21RS9508



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9508

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9508

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9508

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9508

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidos

Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård -
Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9508

Er beteckning:
30111/2020

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – Extraktion av pacemakerutrustning

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – Extraktion av pacemakerutrustning. Region Örebro län vill med anledning av förslaget lämna följande yttrande:

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag till definition.

Antal enheter

Region Örebro län tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva vård inom vårdområdet.

Särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och tillstyrker dem.

Konsekvensanalys

Region Örebro län bedömer att konsekvensanalysen är väl avvägd.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län bedömer att förslagen till uppföljningsmått är rimliga.

För Region Örebro län

Karin Sundin (S)

Jonas Claesson

Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden Hälso- och sjukvårdsdirektör

Extraktion av pacemakerutrustning

Sakkunniggruppens förslag på nationell
högspecialiserad vård
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för extraktion av pacemakerutrustning vårdområdet med samma namn och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Definition	7
Vårdområde	9
Särskilda villkor	14
Konsekvensanalys.....	16
Uppföljning och utvärdering	19
Referenser	21
Deltagare i sakkunniggrupp	22
Om nationell högspecialiserad vård	23

Ordlista

CIED	Cardiac implantable electronic device (inopererade elektroniska hjärtstimulatorer)
Elektroextraktion	Borttagande av pacemaker/ICD- elektroder
Endokardit	Infektion i hjärtats klaffar eller i endokardiet
ICD	Implantable cardioverter defibrillator
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad enhet
PM	Pacemaker
SKG	Sakkunniggrupp

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet extraktion av pacemakerutrustning att det som framgår under rubriken Definition ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex, sällan förekommande och kräver en viss volym. Vården är även multidisciplinär då bland annat kardiolog, infektionsläkare, anestesilog, thoraxkirurgiskt operationsteam, kärlkirurg och intensivvård kan behövas och skall finnas tillgängligt.

Sakkunniggruppen finner att en koncentration av aktuell vård ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva då en minskning av antal enheter från sex till fyra skulle öka förutsättningarna för utbildning och multidisciplinär bemanning på varje enhet. Fyra enheter skulle möjliggöra en uppbyggnad och vidmakthållande av höga vårdvolym vid varje enhet, förenliga med internationella riktlinjer. Vidare skulle en koncentration säkerhetsställa att enbart sjukhus med bäst förutsättningar får utföra åtgärderna vilket skulle säkerställa god kvalitet och utvecklingsmöjligheter av elektrodextraktioner. Genom inrättande av nationella enheter med specifikt ansvar för den definierade vården skulle även förutsättningar för kortare väntetider öka. Alla patienter i landet skulle få en adekvat bedömning inför en eventuell elektrodextraktion – vilket sin tur leder till en ökad rättvisa och god och jämlik vård.

Sakkunniggruppen bedömer att akutsjukvården inom detta område är adekvat tillgodosedd då extraktionskirurgi ej bedrivs som akut kirurgi inom 24 timmar. Patienter kan stabiliseras lokalt på länslasarett/regionalt sjukhus och transporteras till NHVe, då behov av extraktion behöver utföras skyndsamt (i typfallet inom en vecka för akuta fall).

Omkringliggande områden som kan påverkas är t.ex. sådan vård som kräver samma resurser, exempelvis thoraxkirurgiska och elektrofysiologiska ingrepp. Denna eventuella undanträngningseffekt är dock förväntad och hanterbar.

Behovet av ambulanstransporter till NHVe kommer att öka marginellt.

Definition

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas.

Ställningstagande till, samt i förekommande fall, extraktion av pacemaker/ICD-elektroder för personer över 18 år ska utgöra nationell högspecialiserad vård.

Kontakt med en nationell enhet ska initieras vid uppfyllelse av följande kriterium:

- PM-elektroder som implanterats mer än 2 år sedan
- ICD-elektroder som implanterats mer än 1 år sedan
- PM-elektroder eller ICD-elektroder, oberoende av implantationstidpunkt, där det kan komma att krävas extraktionsutrustning. Till exempel skadade elektroder eller patient med endokardit och större infektiösa pålagringar på PM/ICD-elektroder.

Antal enheter

Fyra enheter

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har i sin genomlysning gjort följande avgränsningar till området.

Följande områden, med stark koppling till definitionen, ingår ej i definitionen och ska ej koncentreras på nationell nivå:

1. Extraktion av pacemaker/ICD- elektroder kan i undantagsfall utföras i patientens hemregion efter överenskommelse med NHVe.
2. Barn och ungdomar <18 år i behov av extraktion av pacemaker/ICD- elektroder.

Följande områden har genomlysts separat:

1. Extraktion av pacemaker/ICD- elektroder för barn och ungdomar ingår idag i NHV Hjärtkirurgi på barn och ungdomar.

Vårdområde

Nuläge

Det vårdområde som sakkunniggruppen genomlyst, för att utreda vad som bör koncentreras på nationell nivå är extraktion av pacemakerutrustning. Vården är sällan förekommande då det utförs ca 400 elektrodextraktioner per år i Sverige, vilket motsvarar mellan 160 och 170 patienter/år. Barn och ungdomar i behov av extraktion av pacemaker/ICD- elektroder har inte genomlysts i detta underlag då det redan är koncentrerat till två nationella vårdenheter (NHVe) som utför hjärtkirurgi på barn och ungdomar.

Den vanligaste anledningen till elektrodextraktion är lokal eller systemisk infektion följt av tekniska fel på elektroden. Vid lokal infektion eller vid närvaro av infektiösa pålagringar är evidensen för indikationen för extraktion stark men vid systemisk infektion utan närvaro av pålagringar finns preliminära data som talar för att konservativ behandling med antibiotika kan leda till utläkning utan extraktion av elektroder i selekterade fall.

Extraktion av pacemaker/ICD-elektroder är förenat med en viss risk för komplikationer och mortalitet. Risken ökar med tiden som elektroden är inplanterad och typ av elektrod, men en absolut tidsgräns finns inte. Dock är risken svårbedömd preoperativt och beror också på individuella skillnader hos patienten och elektrod.

Extraktioner är komplext eftersom det krävs en välfungerande kedja med specialtränad personal för hantering av extraktionsverktyg, kärl- och thoraxkirurgisk kompetens samt, thoraxanestesi- och intensivvårdskompetens. Majoriteten av ingrepp bör göras inom en vecka från fastställd infektionsdiagnos vilket kräver avsatta resurser i ordinarie verksamhet för att kunna erbjuda planerade, subakuta och akuta operationstider.

För att möjliggöra en god vård för patientgruppen krävs insatser från kardiolog, infektionsläkare, anestesilog, och undantagsvis från thoraxkirurgiskt operationsteam, kärlkirurg och intensivvård, vilket gör vården multidisciplinär.

Idag fungerar elektrodextraktioner bra vid de enheter som har en uppbyggd extraktionsverksamhet. Dock riskerar ställningstagandet att utebli för patienter som inte är knutna till de etablerade extraktionsverksamheterna. Detta riskerar att leda till att patienter, i behov av extraktion av pacemaker/ICD-elektroder, istället behandlas med ej optimala alternativ, så som enbart antibiotika vid infektion eller addering av fler elektroder än vad som är rekommendabelt.

Idag finns det sex centra som utför extraktioner. Av dessa sex är det fyra vårdgivare som har byggt upp ett flöde från remissbedömning till borttagande av elektroder förenliga med europeiska riktlinjer volymmässigt. Dessa vårdgivare är belägna vid universitetssjukhusen: Karolinska universitetssjukhuset, Skånes universitetssjukhus i Lund, Sahlgrenska universitetssjukhuset

och Akademiska sjukhuset. Idag remitteras patienter, allt som oftast, från andra regioner till någon av dessa fyra enheter.

Vårdvolymer

Vårdvolymen för det definierade vårdområdet uppskattas till mellan 160-170 patienter som kräver extraktion per år i landet. Antal bedömningar av patienter uppskattas vara drygt 50 % fler än antalet extraktioner. Siffror från Svenska ICD och Pacemaker registret (PMR) 2020 visar att extraktion av 93 ICD-elektroder och 308 pacemaker-elektroder (totalt 401 elektroder) genomfördes. 401 elektroder motsvarar ca *167 patienter, där en genomsnittspatient har 2,4 elektroder.

*(*antal elektroder)/(elektroder/patient)= antal patienter (401/2,4 =167)*

Forskning

I Sverige bedrivs, utifrån publikationer, mycket få forskningsprojekt inom extraktionskirurgi. Det förekommer forskningssamarbete i registerstudier (t.ex. ELECTRA registret, europeiskt extraktionsregister) samt vid framtagande av internationella riktlinjer. Det svenska kvalitetsregistret, PMR, startades 1989 för att ge en samlad bild av pacemakerbehandling i Sverige och inkluderar sedan 2015 elektrodextraktioner. Rapporteringen har blivit mera fullständig de senaste åren och ger därmed en möjlighet att uppskatta volymer och göra prognoser. Registret kan utvecklas och ligga till grund för framtida svensk registerforskning inom området. Forskning ska bedrivas enligt internationella rekommendationer och en koncentration av extraktionskirurgin kommer sannolikt att ge bättre förutsättningar för att utveckla uppföljningssystem och registerhållning. Dessutom skulle en koncentration till ett fåtal sjukhus transformera svenska centra till riktiga högvolumsjukhus fullt jämförbara med stora europeiska centrum och därmed i högre utsträckning facilitera prospektiv forskning av hög kvalitet.

Internationell utblick

I ett nordiskt perspektiv är extraktionskirurgi koncentrerad till ett fåtal enheter med väl utbildade operatörer som strävar efter att följa europeiska rekommendationer för utbildning och volymer [1], se nedan för mer detaljerad redogörelse för Norge och Danmark.

I Norge genomförs elektrodextraktioner vid tre sjukhus: UUS (Oslo universitetssjukhus Ullevål), HUS (Haukeland universitetssjukhus i Bergen), St. Olav (St. Olavs hospital i Trondheim). Det finns totalt åtta operatörer i Norge varav fem är verksamma på UUS. 2020 opererades 167 patienter i Norge, se tabell 1. Siffrorna för 2019 är ungefär de samma och volymerna har varit stabila de senaste åren.

Tabell 1. Vårdvolymer i Norge

	UUS	HUS	St. Olav
Elektroder	212	65	37
Patienter	111	33	23

I Danmark genomförs elektrodextraktioner vid fyra sjukhus; Århus, Ålborg, Odense och Köpenhamn (Rigshospitalet). Sundhetsstyrelsen kräver att det finns thoraxkirurgi på danska enheter. Danska centra strävar efter att uppfylla kraven från The European Heart Rhythm Association (EHRA) på utbildning och volym. Det finns totalt sju operatörer, två i Köpenhamn, två i Odense, två i Århus och en i Ålborg. Alla extraktioner rapporteras till det danska registret. Inga siffror på antal patienter/år per enhet har kunnat tillhandahållas.

I Europa finns på grund av olika ersättningsystem många mindre centra (<40 extraktioner/år) men även mycket stora centra (>100 extraktioner/år), vilket bör beaktas vid jämförelser. Storbritannien, som har en mer jämförbar sjukvårdsorganisation med Sverige, bedriver extraktionskirurgi företrädesvis på så kallade tertiärsjukhus som är remissinstanser för respektive region och har förhållandevis stora volymer (50-200 extraktioner/år).

Framåtblick

Som tidigare nämnts i underlaget så innebär extraktion en viss risk för komplikation och mortalitet i samband med ingreppet. Enligt internationella riktlinjer ökar risken med tiden, om elektroderna varit inplanterade mer än ett år. Men i realiteten finns ingen absolut tidsgräns, utan den varierar med patientens fysiologiska och medicinska förutsättningar. Sakkunniggruppens bedömning är att komplexiteten och riskerna vid extraktion av just pacemaker-elektroder ofta uppstår efter flera år beroende på individuella skillnader hos patienten. Därav har sakkunniggruppen, baserat på sin beprövade erfarenhet, valt att definiera pacemakerextraktioner med en två-årsgräns och därmed också valt att frångå de internationella riktlinjerna på denna punkt. Dock har sakkunniggruppen valt att vid extraktion av ICD-elektroder använda en ettårsgräns, då risken för komplikation är mer betydande vid extraktion av ICD-elektroder än vid extraktion av pacemaker-elektroder.

Varför nationell högspecialiserad vård?

Centralisering av elektrodextraktioner till ett fåtal centra skulle möjliggöra större volym per operatör. Detta bör eftersträvas då högre volym per operatör korresponderar till fler lyckade ingrepp och minskad komplikationsrisk [2, 3]. Fyra enheter skulle således möjliggöra en uppbyggnad och vidmakthållande av höga vårdvolymer förenliga med internationella rekommendationer. Därtill skulle en koncentration inom ramen för NHV möjliggöra att alla patienter i landet får en adekvat bedömning inför en eventuell elektrodextraktion. Sakkunniggruppens bedömning är att det förekommer icke-evidensbaserad behandling av t.ex. dosfickeinfektioner.

Resonemang kring antal enheter

Andelen infektioner vid pacemakerkirurgi har legat på en stadig nivå enligt inrapportering till PMR och förväntas inte stiga. Den konservativa behandlingen med antibiotika förväntas däremot öka vid systemisk infektion. Detta balanseras till viss mån ut av en ökad medvetenhet om att extraktion av överflödiga elektroder hos yngre patienter är gynnsamt för god långtidsfunktion

av pacemakersystem. Dock saknas stora vetenskapliga material som stöder detta. Tekniska fel på elektroder har förekommit under hela den period pacemaker och ICD behandling funnits men har minskat över tid. De antas dock inte helt försvinna. Baserat på dessa fakta antas volymökningen av elektrodextraktioner i Sverige vara blygsam och som mest 10 % per år de närmaste åren. Antalet bedömningar uppskattas öka till 350 patienter/år då vården blir tillståndspliktig och medvetenheten kring behandlingsmöjligheter ökar, se tabell 2.

En koncentration till fyra enheter skulle ge en extraktionsvolym på ca 45 patienter per år och enhet och en bedömningsvolym på ca 75 patienter per år och enhet. Enligt internationella rekommendationer är en adekvat extraktionsvolym per operatör minimum 20 elektrodextraktioner (15 operationer) per år [1]. Tabell 3 illustrerar beräknat antal operationer per år i relation till antal enheter samt uppskattad volymökning av operationer i Sverige de närmaste åren.

Gällande förslaget att koncentrera vårdområdet till fyra enheter är baserat på att det idag finns fyra enheter som skulle kunna upprätthålla minimivolym per enhet och adekvata volymer per operatör. Detta skulle också skapa en starkare redundans i systemet vid oförutsedda händelser. Sakkunniggruppen ser dock att det kan finnas skäl som talar för att koncentrera det till tre enheter. Koncentration till tre enheter skulle innebära större patientvolym per enhet och fler ingrepp per operatör. Dock skulle en eventuell ökning av patientvolym bli svårare att hantera och eventuella produktionsbortfall på en enhet skulle potentiellt bli mer sårbart med totalt tre enheter.

Tabell 2. Uppskattade antal bedömning/år per enhet med framtida scenario

Eventuell volymökning de kommande åren	Antal bedömningar/år*	Antal enheter	Antal bedömningar/enhet
Nuläge	250	2	125
	250	3	83
	250	4	63
Ökning 100 patienter	350	2	175
	350	3	117
	350	4	88

*Siffrorna är en uppskattning av sakkunniggruppen och exakta siffror har inte kunnat tillhandahållas. Antal bedömningar av patienter uppskattas vara 50 % fler än antalet extraktioner. $167 \cdot 50 \% = 250$.

Tabell 3. Antal operationer/år per enhet med framtida scenario

Eventuell volymökning de kommande åren	Antal operationer/år*	Antal enheter	Antal operationer/enhet	Möjliggör antal operatörer per enhet (räknat på 20 op/år)#
Nuläge	167	2	84	4 (4,2)
	167	3	56	2 (2,8)

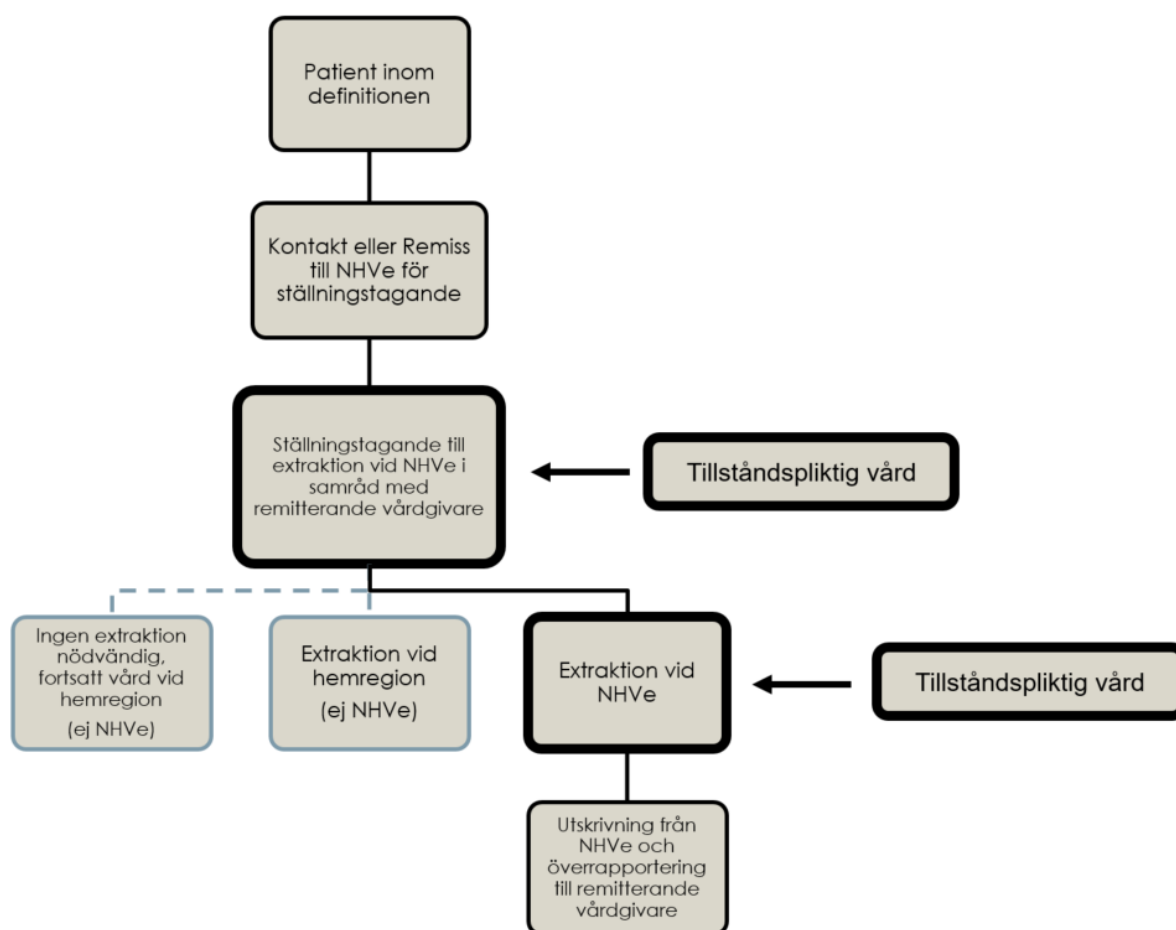
	167	4	42	2 (2,1)
Ökning 10 %	184	2	92	4 (4,6)
	184	3	61	3 (3,1)
	184	4	46	2 (2,3)

*Siffror 2020: 93 ICD elektroder + 308 PM elektroder= 401 elektroder= ca 167 patienter (antal elektroder)/(elektroder/patient) = antal patienter ($401/2,4 = 167$).

#Internationella riktlinjer [1] anger 15 op/år och per operatör som ett minimum, här har vi räknat med 20 op/år och per operatör för att ha en adekvat och önskvärd marginal för att upprätthålla kompetens och ge utrymme för utbildning av nya operatörer.

Förslag till vårdflöde/vårdkedja

Idag finns det fler än fyra upprättade extraktionsverksamheter i landet, och efter överenskommelse med NHVe kan extraktion av pacemaker/ICD- elektroder genomföras i patientens hemregion, vilket illustreras i figur 1. Detta skulle syfta till att undvika onödigt resande för sköra patienter i de fall elektrodextraktion kan genomföras säkert vid hemortssjukhusen. Figur 1 illustrerar ett potentiellt vårdflöde från remiss till utskrivning från NHVe.



Figur 1. Vårdflöde: Extraktion av pacemakerutrustning

Särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

De villkor som anges under respektive rubrik ska vara unika saker som det definierade området kräver. Vård som kan ges på alla sjukhus i Sverige behöver inte framgå som ett särskilt villkor.

Kritisk personalkompetens

Här ska det framgå vilken typ av personal som är specifik för detta område. Samtliga specialister/professioner i det multidisciplinära teamet ska ha specifik erfarenhet/kunskap/kompetens inom det definierade området.

- Kardiolog med erfarenhet av arytmier och CIED.
- Operatör-/er med rätt utbildning och erfarenhet; primär operatör med minimum 20 elektrodextraktioner/15 operationer per år, högre krav för handledare*
- Anestesiolog och anestesijuksköterska
- Bilddiagnostisk kompetens (ekokardiografi, radiologi)
- Thoraxkirurgiskt operationsteam (inkl senior thoraxkirurg, anestesiolog, operationssjuksköterska, anestesijuksköterska och perfusionist) tillgängligt

*enligt internationella riktlinjer [1]

Kritisk utrustning, lokaler

Här ska det framgå om det är någon typ av utrustning som inte tillhör standardutbudet på ett sjukhus som behövs för att diagnosticera och/eller vårda patienter inom definitionen. Endast om utrustningen/lokalen är ovanlig eller starkt kopplad till definitionen ska den anges.

- Extraktionsutrustning (som möjliggör komplett och säker extraktion av alla elektroder)
- Röntgenutrustning med hög upplösning adekvat för angiografi
- Ekokardiograf med möjlighet för transesofagalt ultraljud

- Hjärtlungmaskin tillgänglig

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

Här beskrivs behov av andra medicinska områden eller vårdåtgärder som inte är definierade som NHV, men som måste finnas för att vård inom definitionen ska kunna bedrivas. Det kan exempelvis gälla tillgång till akuta konsultationer inom något område, någon särskild behandling som behöver finnas eller tillgång till annan resurs (lekterapi etc). Dessa behöver ej finnas att tillgå fysiskt på samma sjukhus som NHVe, men en ansökande enhet behöver kunna visa hur de ska säkra att dessa områden finns tillgängliga för en överskådlig tid.

- Intensivvårdsenhet med thoraxkompetens inkluderande mekanisk hjärtassist
- Endokarditteam för multidisciplinär bedömning av inkommande remisser
- Sepsisvård (infektionsklinik) med vana av infektioner i hjärtats klaffar och pacemakersystem
- Erfarenhet av alternativa implantationsmetoder för nytt pacemaker-/ICD-system, t ex epikardiellt system, "leadless" pacemaker och subcutan ICD.

Övrigt

- NHVe ska genomföra strukturerad uppföljning av operationsresultat
- NHVe ska ansvara för att rapportera till nationellt kvalitetsregister
- NHVe ska bidra till att utforma dedikerade vårdprogram/process för elektrodextraktion inkluderande komplikationshantering
- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)

En koncentration av vården inom definitionen till fyra enheter ger en volym på minst 40 extraktioner per år per enhet, vilket ger möjlighet till utbildning och bemanning på varje enhet för att ge goda förutsättningar för korta väntetider och säkerställa god kvalitet och utvecklingsmöjligheter. Fler patienter förväntas även få en korrekt bedömning inför en eventuell extraktion, då ställningstagande till extraktion kommer att bli tillståndspliktigt.

Vården kring dessa patienter förväntas även att standardiseras vid NHVe vilket ger bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering.

En koncentration till fyra enheter skulle kunna ge goda förutsättningar för korta väntetider. Vid enheter med för låga extraktionsvolymmer utförs extraktioner mer sällan vilket kan ge längre väntetider för patienter då fasta operationstider kan saknas. Samtidigt kan längre väntetider uppstå även vid enheter med för höga extraktionsvolymmer, då detta kan överskrida anslagna resurser. Väntetider kan vara av avgörande betydelse för vårdkvaliteten för en sepsispatient.

En koncentration kan medföra en längre restid för patienterna vilket dock anses vara av mindre betydelse för ett högspecialiserat ingrepp som görs vid livsavgörande situationer och med stor sannolikhet bara en gång i livet.

Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring

Det är värdefullt att koncentrera extraktionsverksamhet till ett fåtal ställen för möjligheten att bygga upp utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring, samt ordna en fungerande grupp med individer för problemlösning och

kunna hålla service kontinuerligt under året. Det är lättare att upprätthålla kompetens kring flera olika extraktionsmetoder med en stor patientvolym och det bör även kunna främja en positiv utveckling av samarbete mellan tillståndsenheterna.

Läkarnas ST-utbildning kommer inte påverkas negativt på de enheter som inte får tillståndet, då denna vård inte är på ST-nivå. Det finns viss risk för att kompetens försvinner från enheter som inte får tillståndet. Dock kommer andra enheter ha möjlighet att genomföra elektrodextraktioner, efter överenskommelse med NHVe, om rätt kompetens och förutsättningar finns.

Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?

Koncentration och samverkan mellan nationella enheter möjliggör bättre forskning och utveckling av register.

Påverkan på närliggande områden

Omkringliggande områden som kan påverkas är t.ex. sådan vård som kräver samma resurser, exempelvis thoraxkirurgiska och elektrofysiologiska ingrepp. Denna eventuella undanträngningseffekt är dock förväntad och hanterbar.

Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta område i stort

Sakkunniggruppen bedömer att akutsjukvården inom detta område är adekvat tillgodosedd då extraktionskirurgi ej bedrivs som akut kirurgi inom 24 timmar. Patienter kan stabiliseras lokalt på länslasarett/regionalt sjukhus och transporteras till NHVe, då behov av extraktion behöver utföras skyndsamt (i typfallet inom en vecka för akuta fall).

Påverkan på vårdkedjan

Det finns en risk att den vårdkedja som finns idag påverkas genom att patienter kan remitteras direkt till NHVe istället för via regionsjukhus. Det bör dock kunna skapas regionala rutiner för denna patientgrupp där det behövs.

Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)

En koncentration skulle leda till högre volymer, och tillgängliga data visar att högvolymscentra har högre grad av lyckade ingrepp och färre komplikationer. Höga volymer tillåter också att flera operatörer är aktiva och bättre täckning under året kan uppnås då man inte behöver ta hänsyn till enskilda individers tjänstgöring. En högre volym skapar en möjlighet till att minst 2-3 operatörer är aktiva och därmed uppnås en flexibilitet och minskad sårbarhet

vad gäller schematäckning. Små volymer ger enbart möjlighet att en enstaka operatör upprätthåller skicklighet och möjlighet till metodutveckling.

NHVe kan behöva göra investeringar som är kostsamma. Dock finns det fyra vårdgivare som idag har en väl uppbyggd extraktionsverksamhet där både utrustning och operatörer finns tillgängliga.

Eventuella konsekvenser för sjuktransporter

Omkringliggande områden som kan påverkas är t ex behovet av ambulans-transporter till NHVe. Det finns dock redan idag ett välfungerande system med transporter av patienter till högspecialiserade centra och inrättandet av NHVe för extraktion påverkar behovet marginellt.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsplanering

Antalet patienter ökar långsamt och följer i stort sett befolkningsökningen. År 2020 fanns drygt 50000 patienter med pacemaker och drygt 12000 patienter med ICD. Antalet elektrodextraktioner förväntas således öka blygsamt framöver från dagens ca 170 patienter med ca 10 % per år med dagens indikationer.

Övriga kommentarer

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Uppföljningsmåttens genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter/bedömningar/remisser till NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått – Antal behandlingar	Antal operationer/behandlingar vid NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått - Vårdtid	Vårdtid (i dygn) inneliggande patienter Datum för utskrivning minus datum för inskrivning
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remiss till bedömning Datum för bedömning minus datum för remiss
Tillgänglighetsmått – tid till behandling	Tid (i dagar) från remiss (alt bedömning) till behandling/åtgärd Datum för behandling/åtgärd minus datum för remiss (alt bedömning) Alternativt: Andel patienter (i procent) som behandlats inom vårdgarantin (rekommenderad tid)
Medicinska resultat	Överlevnad
Medicinska resultat	Komplikation
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder (om relevant)	

- Kön
- Patientens hemregion (folkbokföringsadress)

Referenser

Sakkunniggruppen har identifierat några referenser till forskningsstudier som beskriver patientgrupper, vårdformer, behandlingsmetoder samt frågeställningen om koncentration av vård inom området extraktion av pacemakerutrustning. Sakkunniggruppens bedömning utgår från internationell utblick, litteraturgranskning, klinisk erfarenhet och kunskap om den svenska sjukvårdens struktur inom området.

1. Deharo JC, Bongiorno MG, Rozkovec A, Bracke F, Defaye P, *et al.* Pathways for training and accreditation for transvenous lead extraction: a European Heart Rhythm Association position paper. *Europace* 2012;14:124–34.
2. Sidhu BS, Gould J, Bunce C, Elliott M, Mehta V, Kennergren C, *et al.* The effect of centre volume and procedure location on major complications and mortality from transvenous lead extraction: an ESC EHRA EORP European Lead Extraction Controlled Electra registry subanalysis. *EP Europace* 2020;22:1718–28.
3. Di Monaco A, Pelargonio G, Narducci ML, Manzoli L, Boccia S, Flacco ME, *et al.* Safety of transvenous lead extraction according to centre volume: a systematic review and meta-analysis. *EP Europace* 2014;16:1496–507.

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Göteborg: Jakob Gäbel, specialist inom thoraxkirurgi
Samverkansregion Linköping: Kåge Säfström, specialist inom kardiologi
Samverkansregion Lund/Malmö: David Mörtsell, specialist inom kardiologi
Samverkansregion Stockholm: Fredrik Gadler, specialist inom kardiologi
Samverkansregion Umeå: Folke Rönn, specialist inom kardiologi
Samverkansregion Uppsala/Örebro: Priit Teder, specialist inom kardiologi

Följande föreningar/personer har bidragit med synpunkter utifrån patientperspektivet på sakkunniggruppens utkast inför remittering:

- Britt Bergh, patientrepresentant från Riksförbundet HjärtLung

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och registerdata ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



9

Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, medfödda metabola sjukdomar 21RS9509

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9509

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9509

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9509

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9509

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidosis
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-22

Beteckning
Dnr: 21RS9509

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård – medfödda metabola sjukdomar

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker sakkunniggruppens förslag till definition.

Föreslaget antal enheter

Region Örebro län är tveksamma till det föreslagna antalet enheter som får
bedriva denna vård.

Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet,
finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre. Resor för både
patienterna och deras föräldrar är ofta besvärliga av olika anledningar och
redan idag har barn med medfödd metabol sjukdom inte sällan flera besök
årligen på ett metabolt centrum. I Nederländerna t ex är en befolkning på 17
miljoner fördelade på åtta centrum, vilket skulle harmonisera ganska väl med
fyra enheter i Sverige. Patientantalet bedöms också öka över tid vilket
ytterligare skulle tala för fyra enheter.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga
invändningar mot dessa.

Konsekvensanalysen

Region Örebro län bedömer att konsekvensanalysen är rimlig med tillägget att ökad resväg kan vara mer negativt för patienterna och deras familjer än vad som riktigt framkommer i förslag. Se kommentar ovan kring föreslaget antalet enheter.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län bedömer att förslagen på uppföljning och utvärdering är rimliga och bra.

För Region Örebro län

Medfödda metabola sjukdomar

Sakkunniggruppens förslag på nationell
högspecialiserad vård
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för medfödda metabola sjukdomar vårdområdet, inkl. neurometabola sjukdomar och nyföddhetsscreening, och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade.

Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Definition	7
Vårdområde	10
Särskilda villkor	17
Konsekvensanalys.....	21
Uppföljning och utvärdering	25
Referenser	26
Deltagare i sakkunniggrupp	27
Om nationell högspecialiserad vård	28

Ordlista

ATMP	Advanced Therapy Medicinal Products
MetabERN	European Reference Network for Hereditary Metabolic Disorders
MR	Magnetresonanstomografi, medicinsk avbildningsteknik med s.k. magnetkamera
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad vårdenhet
PKU	Fenylketonuri
RMMS	Registret för Medfödda Metabola Sjukdomar

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet medfödda metabola sjukdomar att det som framgår under rubriken *Definition* ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid tre vårdenheter. Ytterligare koncentration av riktad utredning och nyföddhetsscreening föreslås till två respektive en av dessa tre enheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex och sällan förekommande. Det kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens. Vården kräver multidisciplinärt omhändertagande av bland annat (barn)endokrinolog, (barn)neurolog, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut samt sjuksköterska/koordinator. Därutöver behövs ofta en helhetsbedömning av patientens behov göras tillsammans med andra organspecialister samt rehabilitering.

Med hänsyn tagen till vårdens resurser, tillgänglighet och framtida patient-volymer föreslår sakkunniggruppen en koncentration av vårdområdet från hur dagens struktur ser ut. Sakkunniga ser behov av att formalisera ett tydligt ansvar för nyföddhetsscreeningen, samt att öka förutsättningarna för metod-utveckling och kompetensförsörjning inom diagnostik och behandling. Utöver nyföddhetsscreeningen är volymerna inom detta område svårbedömda. Riktad diagnostik utförs redan idag vid två enheter. Trots viss förväntad ökning av patientgruppen, anses bedömning, avancerad uppföljning och ställningstagande till avancerad behandling kunna utföras vid tre NHVe.

Konsekvenserna av detta förslag är övervägande positiva för patienterna och professionen. Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av föreslagna vård gör verksamheterna mer robusta, underlättar inhämtning och överföring av kunskap om medfödda metabola sjukdomar samt ger bättre förutsättningar att bedriva forskning.

Snabbare och fler korrekta diagnoser ökar både patientsäkerhet och vårdkvalitet. Det blir även bättre förutsättningar för kunskapsutveckling inom vårdområdet. Dessa fördelar överväger nackdelarna med längre avstånd och resor. De nationella enheterna kan behöva bygga större team för mindre sårbarhet vid eventuell personalomsättning. Akutsjukvården (inkl. intensivvård) vid NHVe bedöms inte belastas mer än idag.

Omkringliggande vårdområden kan dock påverkas när fler patienter får vård vid en nationell högspecialiserad vårdenhet. Framför allt gäller detta diagnostik och utredning av andra patientgrupper. Denna påverkan bedöms bli som störst i början men planas ut med tiden.

Definition

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas.

Viss vård vid medfödd metabol sjukdom* ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Förslaget avser vård av både barn och vuxna.

*Vidare i dokumentet kommer medfödda metabola sjukdomar att användas som samlingsnamn och inkludera neurometabola sjukdomar.

Den vård vid medfödd metabol sjukdom som ska bedrivas nationellt är:

1. Nyföddhetsscreening.
2. Riktad utredning vid misstanke om medfödd metabol sjukdom, med exempelvis genetiska, biokemiska, histopatologiska analyser och klinisk bedömning. Om oklara genetiska varianter har påvisats vid annan utredning ska NHVe kontaktas för fortsatt bedömning och om möjligt bekräfta diagnosen.
3. Handha larm från nyföddhetsscreening och dirigera den fortsatta handläggningen.
4. Av den kliniska bedömning som görs av alla patienter med medfödd metabol sjukdom ska minst en göras vid en nationell enhet. Vid sådan bedömning ska ställningstagande till fortsatt uppföljning vid NHVe beslutas.
5. Utredning inför, och ställningstagande till in- och utsättning av viss avancerad behandling samt beslut om var behandling ska ske samt uppföljning och kontroller av sådan behandling.

Med medfödd metabol sjukdom och neurometabol sjukdom avses rubbningar i aminosyrametabolismen och organiska acidemier, rubbningar i mitokondriella energimetabolismen, i fettsyreoxidationen och i ketonkroppsmetabolismen, lysosomala och peroxisomala sjukdomar, medfödd glykosyleringsstörning, porfyrisk sjukdomar och rubbningar i omsättningen av neuromodulatorer och andra små molekyler (metab.ern-net.eu).

Med avancerad behandling avses exempelvis, men inte uteslutande enzymsättningsbehandling, andra läkemedel och ATMP (cellterapi och gentterapi etc.).

Antal enheter

Tre NHV-enheter har ansvar för att handha larm från nyföddhetscreeningen, göra kliniska bedömningar och ta ställning till avancerad behandling (punkt 3-5), varav två enheter har ansvar för riktad utredning (punkt 2). Nyföddhets-screening (punkt 1) ska koncentreras ytterligare till en av dessa två enheter.

Avgränsningar

Sakkunniggruppen har i sin genomlysning gjort följande avgränsningar till området.

Följande områden, med stark koppling till definitionen, ska ej koncentreras på nationell nivå:

1. De sjukdomar som, utöver de medfödda metabola, ingår i nyföddhets-screening berörs ej av detta förslag.
2. Eventuell släktutredning och genetisk vägledning av släktingar inför graviditet bör i normalfallet ske via närmaste kliniska genetiska avdelning.
3. Viss biokemisk analys, så som ammoniumjon, aminosyror i plasma, urin, likvor ska fortsatt kunna utföras regionalt med stöd från NHVe.
4. Avancerad behandling, exempelvis enzymterapi, kan/måste i vissa fall utföras regionalt/lokalt.

Följande områden bör nivåstruktureras inom varje samverkansregion:

Sakkunniggruppen förutsätter att regionerna bibehåller och utvecklar regional verksamhet för medfödda metabola sjukdomar, som finns hos lokala vårdgivare. NHVe ska ge stöd till den lokala vårdgivaren, exempelvis avseende kontroller, justeringar av kost- och läkemedelsbehandling, rådgivning och åtgärder vid infektioner och undervisning till föräldrar. NHVe kan även ge stöd till den lokala vårdgivaren för information till exempelvis barnomsorg och skola samt vid samordning med exempelvis habilitering/BUP.

Vårdområde

Nuläge

Nyföddhetsscreeningen för medfödda metabola sjukdomar påbörjades 1965 för sjukdomen fenylketonuri (PKU). Sedan 2010 testas alla nyfödda för 22 metabola sjukdomar. Cirka ett av 2800 nyfödda barn har en metabol sjukdom som ingår i nyföddhetsscreeningen. Screening rekommenderas också för adoptiv- och invandrabarn under 8 år. Gemensamt för dessa screeningsjukdomar är att effektiv behandling finns.

Medfödda metabola sjukdomar är ett samlingsnamn för genetiska sjukdomar som beror på en medfödd störning i ämnesomsättningen. Man känner till ca 1500 sådana sjukdomar som alla är mer eller mindre ovanliga. Dessa beror oftast på enzym- eller transportördefekter som gör att kolhydrater, fetter eller aminosyror inte kan omsättas normalt. Följaktligen uppstår brist på vissa metaboliter eller så ansamlas toxiska ämnen som kan orsaka skada. Symptomdebut kan ske under hela livet men vanligast är debut under barndomen. Tillstånden kan vara livshotande om man inte känner till den bakomliggande orsaken och därför är en snabb diagnos av högsta betydelse för denna patientgrupp. De medfödda metabola sjukdomar som ingår i nyföddhetsscreeningen debuterar ofta med akut kris tidigt i livet. De neurometabola sjukdomarna kännetecknas ofta av fortlöpande försämring av mentala och motoriska funktioner. Förutom nervsystemet drabbas inte sällan andra vävnader i kroppen såsom lever, muskel, perifera nerver, hjärta, ögon, öron, skelett och mage-tarm. Allt fler patienter får diagnos i vuxen ålder och då handlar det ofta om mildare former med inte lika tydlig fenotyp av sjukdomen som om den hade debuterat under barndomen.

Patientgruppen är heterogen med mycket varierande vårdbehov. Givet varje enskild sjukdom eller sjukdomsgrupps sällsynthet är det svårt för vårdpersonal att tillägna sig tillräcklig kompetens och för huvudmännen att prioritera patientgruppen. I nuläget finns geografiska och åldersmässiga skillnader i tillgång till diagnostik, uppföljning och behandling.

Diagnostik och utredning

Nyföddhetsscreening, det s.k. PKU-provet ska tas vid 48 timmars ålder då det är viktigt att behandling sätts in snabbt, men också för att minimera risken att analysen ger felaktigt svar. En del barn som kallas till uppföljning på grund av ett avvikande screeningresultat visar sig vara fullt friska medan andra nyfödda insjuknar med livshotande symptom innan provsvar från nyföddhetsscreeningen finns klart.

Diagnostik vid misstänkt medfödd metabol sjukdom är en stegvis process som bygger på klinisk bedömning, biokemiska analyser, histopatologiska och genetiska utredningar, och radiologi. Vid misstanke om dessa sjukdomar är

det viktigt att diagnostik sker snabbt för att kunna upptäcka behandlingsbara tillstånd och förhindra bestående och ibland livshotande skador.

Nämnda tillstånd och komplikationer kräver ofta en samlad bedömning av erfarna experter, och är svåra att hantera utan speciell kunskap om sjukdomarna. Utredningen, särskilt för neurometabola sjukdomar, är i nuläget ofta långsam och ofullständig.

Behandling

Behandlingen av dessa sjukdomar behöver vara individanpassad, dvs. av precisionmedicinsk karaktär. För flera av de medfödda metabola sjukdomarna finns behandling, exempelvis avancerad kostbehandling och kofaktorer, men även enzymterapi, substratreduktions-behandling, chaperoner, levertransplantation, stamcellstransplantation och genterapi. Kostnaden för avancerade behandlingar är oftast mycket hög, och användningen är därför begränsad och till viss del ojämnt fördelad. Urval av patienter samt planering för uppföljning och kontroller för att bedöma behandlingens effektivitet samt ta ställning till avslut av behandling är komplext och kräver särskild kompetens och erfarenhet.

Organisation

Olika specialister kan behövas för bedömningar, fastställande av diagnos och uppföljning. Exempel på specialiserade läkare som behövs för denna patientgrupp är endokrinologer, neurologer, och kliniska genetiker med motsvarande specialister för barn. Kostbehandling är kritisk för många av patienterna och därför krävs specialkunniga dietister. Därutöver behövs för diagnostik bl.a. kliniska kemister, kemister och specialutbildade molekylärbioologer. Organspecialister såsom hjärtläkare, lungläkare, ögonläkare liksom psykologer, sjukgymnaster samt arbetsterapeuter behöver också finnas för helhetsbedömningarna av patientens olika behov. Ansvarsfördelningen är ofta otydlig vilket kan utgöra en patientsäkerhetsrisk samt skapa otrygghet och ett ökat vårdsökande hos patienten.

Kompetens kring ett flertal medfödda metabola sjukdomar är redan idag koncentrerad till ett fåtal enheter. Idag utför specialistlaboratoriet vid centrum för medfödda metabola sjukdomar vid Karolinska universitetssjukhuset den nationella nyföddhetsscreeningen. Det finns två kompletta laboratorier i Sverige, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset, med uppsatt metodik för att diagnosticera sjukdomarna. Analys av aminosyror sker också på Skånes Universitetssjukhus, Malmö.

För de medfödda metabola screeningsjukdomarna har man sedan 2010 inrättat fyra (initialt fem) regionala metabola barn/vuxencentra (Norrlands Universitetssjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus). Akademiska sjukhuset i Uppsala har ett metabolt centrum för vuxna. Dessa fungerar som kompetenscentra inom specifika sjukdomsgrupper och där känner man även till och följer eventuella internationella riktlinjer.

Övergången från barn- till vuxensjukvård fungerar inte alltid optimalt inom detta område. Barnsjukvårdens verksamhet säkerställer till stor utsträckning att barnets olika vårdbehov blir tillgodosedda. Vuxensjukvårdens verksamhet är mer organspecifik och det finns ingen som har ett övergripande ansvar för den vuxnes alla vårdbehov och det ansvaret klarar inte alltid patienten själv att ta. Det leder inte sällan till missade undersökningar och uteblivna uppföljningar.

Vårdvolym

Sakkunniggruppen bedömer att ca 5000 patienter lever med medfödd metabol sjukdom idag i Sverige. Sannolikt något fler på grund av underdiagnostik.

Volymerna för nyföddhetsscreening följer antalet nyfödda, ca 115 000 barn per år. Årligen handhas till dags dato i snitt 80 metabola larm varav 40% är sanna. Med bättre diagnostik larmas idag färre än förr.

Ca 5-10% av personer som lever med en medfödd metabol sjukdom bedöms i nuläget ha någon typ av avancerad behandling som inte enbart innefattar avancerad kostbehandling.

Forskning

Idag bedrivs forskning inom vårdområdet. Det förekommer forskningssamarbeten inom landet och internationellt. En koncentration av vården med större volymer vid nationella enheter skulle öka möjligheterna till forskning inklusive internationella forskningssamarbeten.

I Sverige finns ett nationellt kvalitetsregister RMMS - Registret för medfödda metabola sjukdomar - vilket idag har 43 olika diagnoser men baseras framförallt på de sjukdomar som upptäcks via nyföddhetsscreening. Registret täcker endast en del av de diagnoser/sjukdomsgrupper som avses i detta underlag.

Internationell utblick

Sjukdomarnas komplexitet och sällsynthet har lett till ett behov av internationellt samarbete för diagnostik och nya avancerade behandlingar. Inom EU skapades 2019 MetabERN (metab.ern-net.eu) som är ett nätverk av 78 europeiska centra där Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset ingår.

I Danmark följs det stora flertalet av medfödda metabola sjukdomar vid Rikshospitalet i Köpenhamn. I uppdraget ingår nyföddhetsscreening, genetisk utredning, tolkning och rådgivning inklusive behandling och kontroller med hela Danmark som upptagningsområde. Vissa enstaka diagnoser såsom ceroida lipofuscinoser och porfyrisk sjukdomar följs i Aarhus respektive Odense.

I Norge finns dels en nationell behandlingstjänst med ansvar för nyföddhetsscreening, laboratoriediagnostik och behandling av PKU, dels ett nationellt kompetenscenter (Frambue kompetenscenter for sjeldne diagnoser) som ger rådgivning kring sällsynta diagnoser. Majoriteten av klinisk uppföljning

av patienter med medfödda metabola sjukdomar sker vid något de tre universitetssjukhusen i Oslo, Bergen eller Trondheim med viss uppdelning sinsemellan av sjukdomsgrupper. Neuronala ceroida lipofuscinoser följs t.ex. vid Oslos universitetssjukhus.

I Holland, med ca 17 miljoner invånare finns åtta metabola centra. Även där har omhändertagandet av vissa diagnosgrupper fördelats på olika centra, t.ex. ett centra för Pompes sjukdom och två centra för PKU.

Framåtblick

Varför nationell högspecialiserad vård?

Sakkunniggruppen bedömer att det idag finns en underdiagnostik inom vårdområdet, en underbehandling och brister i uppföljningen vilket gör vården ojämlik i landet. Mot bakgrund av sällsyntheten av de individuella sjukdomarna, komplexiteten i diagnostik och uppföljning samt behandling, som ofta innefattar nya dyra läkemedel, anser sakkunniggruppen att området lämpar sig för nationell högspecialiserad vård. Kunskapsutvecklingen inom både diagnostik och nya avancerade behandlingar ställer krav på både bred och djup kompetens hos vårdgivare som handlägger ovanliga eller komplexa sjukdomar.

Det finns idag en brist på flera av de kritiska kompetenserna som krävs inom vårdområdet, t.ex. subspecialiserade barn- och vuxenläkare men även laboratoriepersonal med specifik kompetens. NHV skulle ge ett formellt ansvar för kompetensförsörjning med krav på att säkerställa kontinuitet för denna vård, exempelvis att nyföddhetsscreeningen förblir en nationell resurs.

Prover och analyser behöver också värderas och konfirmeras tillsammans med kliniska fynd. Om den riktade utredningen inkl. de biokemiska analyserna utförs på samma NHVe förbättras och effektiviseras den diagnostiska processen. Sakkunniggruppen anser vidare att genom att bedömningar görs vid/av NHVe kommer kunskapen om när och hur man bör följa specifika sjukdomstillstånd öka. Detta möjliggör kartläggning av ovanliga följder/komplikationer till de medfödda metabola sjukdomarna.

Att säkerställa ansvar och struktur genom att inrätta NHVe ger bättre förutsättningar för ökad patientsäkerhet, minska risken för försenad eller utebliven diagnos och det ökar förutsättningarna för att upprätthålla kompetens samt åstadkomma kunskapsöverföring mot remitterande enheter. NHVe skulle exempelvis kunna ansvara för att ta fram behandlings-/uppföljningsrekommendationer och skapa vårdprogram för behandling och handläggning vid t.ex. narkos, graviditet och förlossning.

Resonemang kring antal enheter

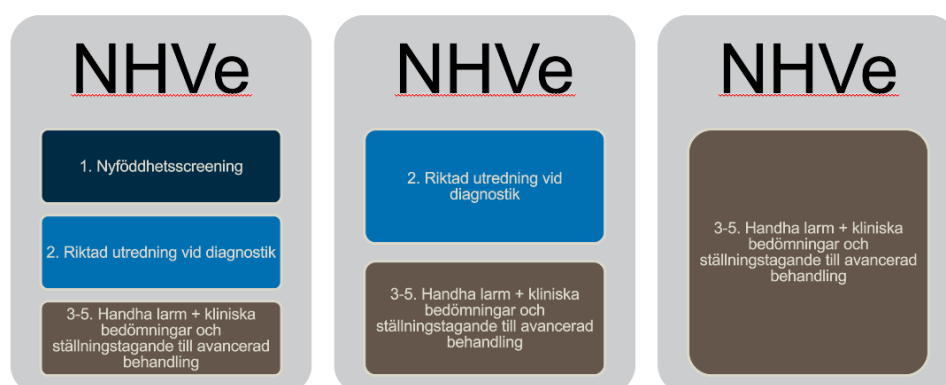
Sakkunniggruppen anser att det inte är möjligt eller samhällsekonomiskt försvarbart att försöka upprätthålla beskriven multidisciplinär kompetens för den definierade patientgruppen inom varje region eller ens vid varje universitetssjukhus.

Antalet diagnostiserade patienter och därmed vårdbehovet bedöms öka, i och med bättre diagnostik och att nya sjukdomar kontinuerligt beskrivs i detta område. Med hänsyn tagen till definitionens omfattning, vårdens resurser, tillgänglighet och framtida patientvolymen föreslår sakkunniggruppen tre nationellt högspecialiserade vårdenheter. Färre än tre enheter för uppdrag 3-5 i definitionen (handhavande av larm, klinisk bedömning och ställningstagande till avancerad behandling) bedöms bli för sårbart och belastningen på enheterna för stor.

Sakkunniggruppens avsikt med att föreslå tre nationella enheter är inte att sprida den kompetens som finns på fler enheter än vad som är ändamålsenligt för sjukdomsgruppen. NHVe ska därför verka för en koncentration och fördelning av sjukdomsgrupperna i enlighet med den kompetens och erfarenhet som finns vid NHV-enheterna.

I dag utförs nyföddhetsscreening (punkt 1) vid en enhet och sakkunniggruppen bedömer att en enhet skulle fortsatt ha adekvat kapacitet för detta uppdrag, trots viss volymökning i framtiden. Två enheter med ansvar för riktad utredning (punkt 2) skulle dock krävas, dels för att minska sårbarheten men också för att gynna gemensam metodutveckling, dialog och kompetensförsörjning. Det handlar om relativt små volymer och att sprida dessa på fler enheter skulle göra det svårt att få en effektivitet i verksamheterna. Detta kan orsaka en fördröjning av diagnos för patienterna och kvaliteten i analyserna riskerar även att bli sämre. Verksamheterna skulle ha svårt att upprätthålla personalens kompetens, och fler skulle behöva investera i dyr och komplex utrustning.

Ansvar för att handha larm, utföra kliniska bedömningar och ställningstagande till avancerad behandling (punkt 3-5) handlar om större patientvolymer och bör därför finnas vid tre nationella enheter. Detta innebär en koncentration från hur det ser ut i nuläget men, med dagens brist på kritisk personal inom området, ökar förutsättningarna för att hela det multidisciplinära teamet ska kunna upprätthålla och utveckla kompetensen, både inom barn- och vuxensjukvården.



Figur 1. Ansvarsområden/uppdrag fördelade mellan de nationella vårdenheterna. Tre NHV-enheter har ansvar för att handha larm från nyföddhetsscreening, klinisk bedömning och ställningstagande till avancerad behandling (punkt 3-5), varav två enheter har ansvar för riktad utredning (punkt 2). Nyföddhetsscreening (punkt 1) ska koncentreras ytterligare till en av dessa två enheter.

Förslag till vårdflöde/vårdkedja

NHVe med ansvar för nyföddhetsscreening larmar ett NHVe som i sin tur för dialog med lokal vårdgivare för fortsatt handläggning av patienten. Vid behov överförs patienten till en NHVe. NHVe kan också bli kontaktad av en lokal vårdgivare för råd kring riktad utredning. Utredning, kan till viss del, så som provtagning, radiologiska och fysiologiska undersökningar, utföras lokalt med stöd i tolkning och förslag på uppföljning och monitorering från

NHVe. NHVe skall vid behov vara behjälplig med undersökningar och behandlingar av mer komplexa problem. Vid vissa sjukdomar förekommer också särskilda risker för komplikationer vid anestesi varför sövning/kirurgi kan behöva ske på NHVe med särskild kompetens. En nedskriven medicinsk vårdplan samt en tät dialog/regelbundna möten mellan NHVe och lokal vårdgivare ökar förutsättningarna för kunskapsöverföring åt båda håll samt underlättar även när överföring ska ske till vuxensjukvård.

Särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

De villkor som anges under respektive rubrik ska vara unika saker som det definierade området kräver. Vård som kan ges på alla sjukhus i Sverige behöver inte framgå som ett särskilt villkor.

Kritisk personalkompetens

Samtliga specialister/professioner i det multidisciplinära teamet ska ha specifik erfarenhet/kunskap/kompetens inom det definierade området

För de enheter som ska ansvara för att handha larm vid nyföddhetsscreening, kliniskt bedöma och ta ställning till avancerad behandling (punkt 3-5) ska ha följande:

- Barnmedicinare/internmedicinare t.ex. endokrinolog (barn/vuxen)
- Neurolog (barn/vuxen)
- Dietist
- Sjuksköterska (koordinator och kontaktsjuksköterska)
- Psykolog
- Fysioterapeut
- Arbetsterapeut

För de enheter som ska ansvara för riktad utredning vid diagnostik (punkt 2) ska utöver ovan även ha följande:

- Specialistläkare (såsom patolog, klinisk kemist och klinisk genetiker) och andra professioner (såsom molekylärbiolog, biokemist och bioinformatiker) med god kunskap om sjukdomsgruppen och de biokemiska och genetiska metoder som används

För den enhet som ska bedriva nyföddhetscreening (punkt 1) ska utöver ovan även ha följande:

- Specialistläkare med god kunskap om screeningprocessen samt utredning och behandling av screeningsjukdomarna

- Sjukhuskemister med god kunskap av metoder så som tandemmasspektrometri, biokemiska och molekulärgenetiska metoder
- Biomedicinska analytiker med god kunskap om dessa metoder och flödet det innebär att arbeta med screening

Kritisk utrustning, lokaler

För de enheter som ska ansvara för att handha larm vid nyföddhetsscreening, kliniskt bedöma och ta ställning till avancerad behandling (punkt 3-5) ska ha följande:

- Lagerhållning eller lättillgänglig specialnutrition samt läkemedel nödvändiga vid metabol kris
- MR med spektroskopi

För de enheter som ska ansvara för riktad utredning vid diagnostik (punkt 2) ska utöver ovan även ha instrument för:

- Avancerad laboratorieutrustning och metodik för att diagnosticera och följa sjukdomsförlopp och behandling

För den enhet som ska bedriva nyföddhetsscreening (punkt 1) ska utöver ovan även ha följande:

- Adekvat utrustning och metoder för nyföddhetsscreening exempelvis tandemmasspektrometrar, instrument för immunkemi och molekulärgenetiska metoder

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

För de enheter som ska ansvara för att handha larm vid nyföddhetsscreening, kliniskt bedöma och ta ställning till avancerad behandling (punkt 3-5) ska ha följande:

- Klinisk genetik och genetisk vägledning
- Förlossningsavdelning
- Neonatal intensivvård / BIVA / IVA
- Dialys
- Kardiologi
- Gastroenterologi
- Oftalmologi
- ÖNH
- Dermatologi
- Anestesi
- Ortopedi
- Kirurgi

- Neurokirurgi
- Neuroradiolog

För de enheter som ska ansvara för riktad utredning vid diagnostik (punkt 2) ska utöver ovan även ha följande:

- Inga tillägg

För den enhet som ska bedriva nyföddhetscreening (punkt 1) ska utöver ovan även ha följande:

- Inga tillägg

Övrigt

För de enheter som ska ansvara för att handha larm vid nyföddhetsscreening, kliniskt bedöma och ta ställning till avancerad behandling (punkt 3-5) ska ha följande:

- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.
- NHVe ska ansvara för att ta fram en medicinsk vårdplan i dialog med patienten och dess lokala vårdgivare.
- NHVe ska verka i dialog med patientföreningar.
- NHVe ska ansvara för samordning/samverkanskonferenser vid överföring från barn- till vuxensjukvård vid NHVe.
- NHVe ska medverka vid överföring från barn- till vuxensjukvård inom regional vård.
- NHVe ska verka för att ta fram gemensam patientinformations-/utbildningsmaterial.
- NHVe ska verka för att ta fram nationella vårdprogram eller implementera internationella.
- NHVe ska ta fram gemensamma start- och stoppkriterier för avancerad behandling.
- NHVe ska inrätta en cirkulerande jourverksamhet för att ha kapacitet för akut rådgivning till remitterande enheter 24 timmar om dygnet.
- NHVe ska verka för en koncentration och fördelning av sjukdomsgrupper i enlighet med den kompetens och erfarenhet som finns vid enheterna.
- NHVe ska erbjuda utbildningar för remitterande vårdgivare inom deras huvudsakliga upptagningsområden, med möjlighet för yrkesvisa träffar.
- NHVe ska erbjuda auskultationsmöjligheter.
- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska arbeta för att alla patienter med definitiv diagnos registreras i ett nationellt kvalitetsregister.

För den enhet som ska bedriva nyföddhetscreening (punkt 1) ska utöver ovan även ha följande:

- NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framför allt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)

Patientsäkerheten förväntas öka då en koncentration av verksamheten gör att vårdpersonal får träffa och bedöma fler patienter. Detta kommer öka kompetensen och i förlängningen leda till snabbare och mer effektiv diagnostik där tidkrävande och för patienten onödiga utredningar undviks. Mer erfarenhet av diagnostik och bedömning av patienter med medfödda metabola sjukdomar kommer också leda till bättre genetisk vägledning samt optimerad uppföljning och behandling av sjukdomarna, vilket minskar risken för komplikationer. Vidare förväntas ett mer samordnat multidisciplinärt omhändertagande, t.ex. där en patient kan träffa fler olika specialister vid ett och samma NHVe, leda till att den totala tidsåtgången på NHVe ökar men för patienten kan det innebära en tidsvinst.

En koncentration ökar förutsättningarna till kunskapsutbyte mellan barn- och vuxenläkare, ett behov som förväntas öka då fler och fler med sjukdomarna överlever långt upp i åldrarna.

Patienter med medfödda metabola sjukdomar kommer generellt att behöva resa längre för att träffa en specialist om det inrättas tre NHVe i landet. Dock kan kommunikationerna mellan mindre orter i glesbygd till de större städerna vara bättre än till närmaste regionsjukhus och flera vårdmöten vid en NHVe bör också kunna ske digitalt vilket minskar resebehovet. Vård samlad under NHV kan ge minskat behov av utomlandsvård för väldigt sällsynta diagnoser.

Precis som idag finns det en risk att patientbesöken inte hinns med och blir fördröjda, vilket gäller oavsett vårdnivå. Det kan även vara svårt att hitta lämpliga tider att samordna mellan lokal vårdgivare och NHVe.

Flera kliniska undersökningar och provtagningar samt andra bedömningar kan också fortsättningsvis göras av lokal vårdgivare, men i framtiden med stöd av NHVe. Detta utbyte mellan lokala vårdgivare och NHVe kommer ha den positiva effekten att kunskapen om medfödda metabola sjukdomar och omhändertagandet av dessa patienter kommer att bli bättre hos den lokala vårdgivaren. Sammantaget förväntas koncentration av viss vård vid medfödda metabola sjukdomar ge tydligare vårdkedjor och öka patientsäkerheten.

Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring

Samling av olika specialister och professioner inom medfödda metabola sjukdomar till NHVe kan öka kunskapsutvecklingen och kompetensöverföringen dem emellan. En NHVe får dessutom ett tydligt utbildningsansvar inom och utanför NHVe, t.ex. genom möjlighet till randning och vidareutbildning för olika yrkeskategorier.

Gemensamma digitala vårdmöten ger en kunskapsöverföring till patientens lokala vårdgivare från NHVe, men även åt andra hållet när det gäller akuta vårdtillfällen och andra händelser mellan besök på NHVe.

Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?

Såväl klinisk som translationell forskning gynnas av att verksamheten koncentreras. Det underlättar studier av genotyp-fenotypkorrelationer, naturalförlopp, biomarkörer, sjukdomsmekanismer och kliniska prövningar. Redan idag är verksamheten på högspecialiserad vård i gränslandet mellan klinik och forskning. En koncentration innebär betydligt större möjlighet till internationellt forskningssamarbete. Det ger ett bredare och mer komplett forskningsunderlag (för t.ex. epidemiologiska studier mm.) och nationella patientregister kan få bättre täckningsgrad och därmed kvalitet, vilket främjar forskningssamarbete såväl mellan olika NHVe som mellan NHVe och remitterter.

Påverkan på närliggande områden

En koncentration av vården kan eventuellt leda till undanträngningseffekter initialt då många patienter inom definitionen ska undersökas, t.ex. olika organkontroller vid multiorgansjukdomar. Många av dessa undersökningar kan dock ske hos lokal vårdgivare i samråd med NHVe.

Risk för undanträngning av befintliga patienter, även med andra diagnoser, om det kommer ett stort antal nya patienter till NHVe för diagnostik/uppföljning.

Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta området i stort

Den vanliga akutverksamheten bör ligga hos lokal vårdgivare, såsom akuta infektioner etc. Det är viktigt att NHVe kan bistå övriga vården med rådgivning vid t.ex. akuta tillstånd och i samband med anestesi hos dessa patienter.

Påverkan på vårdkedjan

Vård samlad under NHV kan ge bättre möjlighet till konsultation för remitterter och tydligare, effektivare remitteringsvägar för både läkare och patient. Det ger större möjlighet att skapa fungerande vårdprocesser med tydligare ansvarsfördelning.

En koncentration av vård till NHVe och därmed bättre uppföljning av patienterna kan förebygga onödiga inläggningar och följsjukdomar.

Med nationella enheter kan det bli lättare att få en överblick kring behovet av akutlager av läkemedel hos lokala vårdgivare och NHVe.

Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)

Sakkunniggruppen räknar med att NHVe kommer att klara den volymsbelastning som kommer att bli aktuell. Större volymer och flera olika bedömningar av patienter med medfödda metabola sjukdomar som samlas vid NHVe kommer att kräva utökade personal- och lokalresurser och därmed ytterligare ekonomiska resurser. Systemet blir mer förutsägbart när det gäller personal och resursbehov om patientvolymerna blir kända och variationen minskar.

En koncentration av vården av medfödda metabola sjukdomar kan göra det lättare att attrahera och utbilda specialister och därmed att planera verksamheten på nationella enheter och motverka bristen på kritiska personalresurser. Det skulle också kunna öka möjligheterna till strukturerad vidareutbildning inom området.

Verksamheten vid framtida NHVe kommer initialt att få ökade vårdvolymer till följd av att alla patienter inom definitionen har rätt till en bedömning vid en NHVe. Likaså förväntas själva NHV-reformen leda till att fler patienter får korrekt diagnos, vilket i sig kan öka patientantalet. De aktiviteter som framtida NHVe förväntas utföra förutom själva vården (t.ex. hålla i kvalitetsregister och utveckla vårdprogram) kommer kräva resurser. Dock innebär NHV-uppdraget en tydlighet i vad som förväntas av NHV vilket gör det lättare att planera verksamheten och förebygga flaskhalsar genom att ha rätt resurser och kompetens. Med rätt kompetenser samlade kan tidsåtgången per patient också kortas.

Det kommer också innebära en ekonomisk påverkan på remitterande regioner (för t.ex. fler vårdbesök på NHVe och resor men möjligen också minskat vårdbehov tack vare bättre omhändertagande av patientgruppen).

Eventuella konsekvenser för sjuktransporter

En koncentration kommer inte att göra någon större skillnad gällande transporter mot idag, men vissa patienter får en längre resväg till den NHVe som denne besöker. De flesta kan resa med vanliga färdmedel (inkl. planerad riks-färdtjänst). Patienter med avancerade sjukdomar kan försämrats vid transporter och detta måste bedömas i varje individuellt fall. Samlade utredningar och ökad digitalisering gör att man borde kunna minska antalet transporter/resor.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsplanering

Patientvolymerna kommer öka, särskilt i början av en NHVe:s verksamhet då fler ska erbjudas en bedömning. Men också på grund av den ökade överlevnaden samt att vi fortfarande inte uppnått steady-state efter den utvidgade nyföddhetsscreeningen. På barnsidan förväntas detta uppnås 2029 men på vuxensidan kommer volymökningen pågå till 2040. Därtill kommer utveckling av analysmöjligheter, vilket gör att fler sjukdomar kommer att identifieras, framförallt inom den neurometabola gruppen. Sammantaget krävs det alltså en utökning av verksamheten vid de vårdenheter som blir NHVe. Med bättre och nya behandlingar, och därmed längre livslängd, kan även nya följsjukdomar och biverkningar upptäckas vilket i sin tur kan öka vårdbehovet. En koncentration av vård och samarbete mellan olika NHVe kommer framöver att ge en bättre nationell överblick över hela sjukdomsgruppen.

Övriga kommentarer

Inga övriga kommentarer.

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Uppföljningsmåttarna genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Antal patienter/bedömningar/remisser till NHVe Ev även uppdelat på diagnos eller behandling om det finns behov
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Diagnostik
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Uppföljning/årskontroll
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Ställningstagande till behandling
Bakgrundsmått – Antal patienter*	Bedömning (ett besök, nybesök och återbesök)
Tillgänglighetsmått – tid till bedömning	Tid (i dagar) från remiss till bedömning Datum för bedömning minus datum för remiss/ eller datum när remissen anländer till NHVe
Tillgänglighetsmått – tid till provsvar	Vid utredning/diagnostik
Tillgänglighetsmått – tid till riktad utredning	
Tillgänglighetsmått – tid till ställningstagande till behandling	Tid (i dagar) från remiss (alt bedömning) till ställningstagande till behandling/åtgärd Datum för ställningstagande till behandling/åtgärd minus datum för remiss (alt bedömning)
Medicinska resultat	Andel som får en individuell medicinsk vårdplan (barn och vuxen)
Medicinska resultat	Fungerande multidisciplinär överföring från barn- till vuxensjukvård vid NHVe och regionalt Antal samverkanskonferenser (överföringsmöte)
*För patienter inom NHV följs demografisk data upp: • Ålder (om relevant) • Kön • Patientens hemregion (folkbokföringsadress)	

Referenser

Detta underlag är ett förslag på vilken vård som bör koncentreras till nationella enheter. Referenser som beskriver fördelar eller nackdelar med att koncentrera viss vård är relevanta att hänvisa till i underlaget. Referenser till forskningsstudier som beskriver patientgrupper, vårdformer, behandlingsmetoder och liknande är ej relevanta för frågeställningen. Däremot kan det vid behov vara lämpligt att hänvisa till eventuella nationella riktlinjer eller vårdprogram, i stället för att i detalj beskriva dessa i underlaget.

Förslag till text om underlaget saknar referenser helt:

Sakkunniggruppen har inte genomfört någon strukturerad litteratursökning som undersöker frågeställningen om koncentration av viss vård inom området ”medfödda metabola sjukdomar”. Deras bedömning utgår från internationell utblick, klinisk erfarenhet och kunskap om den svenska sjukvårdens struktur inom området.

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Göteborg: Niklas Darin, specialist inom barn- och ungdomsneurologi

Samverkansregion Linköping: Åsa Lundin, sjuksköterska och länssamordnare Centrum för Sällsynta diagnoser Sydost

Samverkansregion Lund/Malmö: Domniki Papadopoulou, specialist inom barn- och ungdomsmedicin

Samverkansregion Stockholm: Mikael Oscarson, specialist inom internmedicin och endokrinologi

Samverkansregion Umeå: Deborah Frithiof, specialist inom barn- och ungdomsmedicin

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Andreas Kindmark, specialist inom internmedicin och endokrinologi

Patientföreträdare: Veronica Hübinette, Svenska MPS Föreningen (MPS står för mukopolysackaridos)

Patientnyttan ska genomsyra arbetet i sakkunniggruppen och patientperspektivet ska beaktas i sakkunniggruppens förslag till koncentration av viss vård. Socialstyrelsen lyfter aktivt dessa frågor utifrån sitt uppdrag.

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

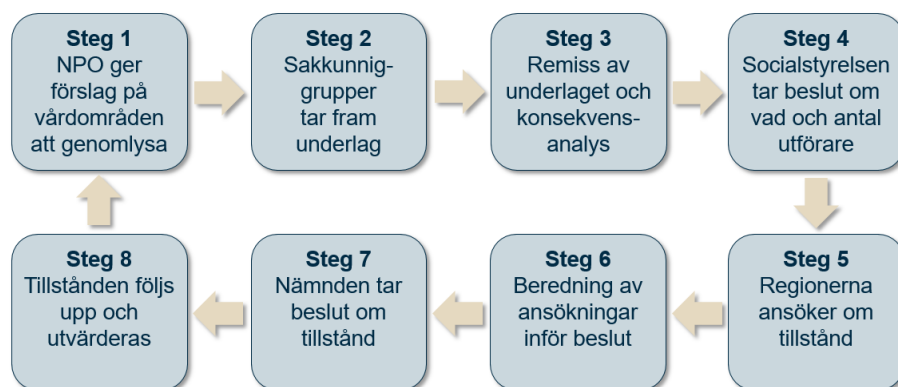
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.



10

Yttrande över
sakkunniggruppers
underlag inför beslut om
nationell högspecialiserad
vård, cytoreduktiv kirurgi
kombinerad med varm
cellgiftsbehandling i
bukhålan för patienter med
spridd cancer i bukhinnan
(HIPEC)

21RS9510



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9510

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9510

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9510

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9510

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidos
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9510

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

35430/2020

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård – Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan

Region Örebro län ställer sig bakom utredningen och tillstyrker dess förslag.

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definition.

Förslaget antal enheter

Region Örebro län tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva denna vård.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga invändningar mot dessa.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag.

För Region Örebro län

Underlag för beslut om
nationell högspecialiserad
vård vårdområde-
cytoreduktiv kirurgi
kombinerad med varm
cellgiftsbehandling i
bukhålan för patienter
med spridd cancer i
bukhinnan

Socialstyrelsens bedömning
Remissversion

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

Definition av tillståndet

Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan (CRS/HIPEC) för patienter med spridd cancer i bukhinnan.

Bakgrund

Den 1 maj 2011 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en överenskommelse om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Överenskommelsen syftade till att regionerna skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta eller särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Nationell samordning skulle vara utformad så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat, ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser samt stärker förutsättningarna för klinisk forskning. Den ska vara värdeskapande för patienten och således vara baserat på ett patientfokuserat synsätt.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan beslöt vid sitt sammanträde den 8 februari 2016 enhälligt att rekommendera regionerna att CRS/HIPEC koncentreras till fyra vårdenheter och att de enheterna utgörs av Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus. Vidare rekommenderade RCC att koncentrationen av åtgärden skulle införas från och med den 1 januari 2017 [1]. Alla regioner har tagit beslut om att följa RCC:s rekommendation gällande nivåstrukturering på nationell nivå.

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya beslutsprocessen ersatte därmed systemet med den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Medicinsk bakgrund

Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC), dvs. varm cellgiftsbehandling i bukhålan är en förhållandevis ny metod att behandla tumörspridning i bukhålan, så kallad peritoneal carcinos (PC). HIPEC kombineras med samtidig kirurgiskt avlägsnande av all synlig tumörvävnad i buken, så kallad cytoreduktiv kirurgi (CRS). Det kirurgiska ingreppet kan vara mycket omfattande med resektion av bukhinnan och angripna organ. Den sammanlagda operationstiden kan uppgå till 7-16 timmar. Den stora belastningen patienterna utsätts för innebär att de måste vara relativt unga och friska för att klara behandlingen. Vid noggrann selektion av patienter kan en relativt hög andel uppnå långtidsöverlevnad och till och med bot för denna cancerform där annan behandling endast är palliativ.

Sammantaget är dock styrkan i det vetenskapliga underlaget som stöd för behandlingen inte så starkt då kontrollerade jämförande studier till stor del saknas. Genom att en mängd data från kliniska behandlingsstudier nu samstämmigt redovisar goda möjligheter till långtidsöverlevnad efter CRS/HIPEC behandling måste det dock anses oetiskt att i nuläget randomisera patienter till annan idag tillgänglig behandling [2].

Socialstyrelsens överväganden

Rättslig reglering

Av 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att med nationell högspecialiserad vård avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Av 7 kap. 5 § samma lag som ovan framgår bl.a. att den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. Beslutet får inte överklagas.

Enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beslutar Socialstyrelsen vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.

Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att den nationella nivåstruktureringen av cancervården inte vilar på någon lagstiftning. Utgångspunkten bör dock vara att de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården tas till vara. De verksamheter som hittills har koncentrerats bör få fortsätta med sitt arbete. Sakkunniggrupperna bör i sina genomgångar dra nytta

av tidigare gjorda utredningar både inom rikssjukvården och inom nivåstruktureringen av cancervården, så att inte samma områden behöver utredas på nytt (se prop. 2017/18:40 s. 67).

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det aktuella vårdområdet inte behöver ses över av en sakkunniggrupp eftersom de tidigare utredningarna som har gjorts av RCC är tillräckliga för att ligga till grund för beslut om nationell högspecialiserad vård.

Enligt Socialstyrelsens bedömning utvisar RCC:s utredning att åtgärden Cyto reduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan (CRS/HIPEC) för patienter med spridd cancer i bukhinnan ska utgöra nationell högspecialiserad vård eftersom vården är sällan förekommande, kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens [1].

Socialstyrelsen finner att aktuell vård ska fortsätta att vara koncentrerad till fyra enheter. Av RCC:s uppföljning av åren 2017-2018 framgår att alla fyra enheter deltar i ett HIPEC-register där täckningsgraden är 100%. Akademiska sjukhuset uppger att alla fyra nationella enheterna samverkar i ett forskningsnätverk som har regelbundna möten. Enheterna har vid behov kunnat omfördela patienter mellan sig under exempelvis semesterperioder [3]. Karolinska universitetssjukhuset uppger att de nationella enheterna samarbetar via en multidisciplinär konferens varannan vecka. Vid denna konferens deltar även en enhet i Holland [4]. På Sahlgrenska universitetssjukhuset gör man bedömningen att verksamheten har blivit allt mer stabil under den tid som det nationella vårduppdraget funnits [5]. Skånes universitetssjukhus (SUS) i Malmö uppger att ett gemensamt dokument har tagits fram tillsammans med alla enheter som bedriver CRS/HIPEC. Detta dokument innehåller indikationer, inklusionskriterier, exklusionskriterier och behandlingsstrategier för kemoterapi vid CRS/HIPEC. Vidare uppger SUS att forskningsaktiviteten har ökat efter att det nationella uppdraget startat [6].

Mot denna bakgrund finner Socialstyrelsen att en fortsatt koncentration av aktuell vård till en enhet ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett mer effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Särskilda villkor

Förslagen till särskilda villkor har tagits fram tillsammans med de enheter som idag har nationella vårduppdrag inom området.

Kritisk personalkompetens

- Kolorektalkirurg
- Övre GI-kirurg/leverkirurg
- Kompetens inom medicinsk onkologi
- Anestesiolog med specialkunskap inom området
- Radiolog med specialkompetens inom området
- Patolog med specialkompetens inom området
- Urolog
- Kontaktsjuksköterska
- Kurator
- Dietist
- Stomiterapeuter
- Fysioterapeuter

Kritisk utrustning, lokaler

- HIPEC-pump
- Operationslokaler med bra ventilation
- Bra samarbete med apoteken som levererar cytostatikaberedningar
- PET-undersökningar

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- IVA-avdelning alt. Postop för vård av patienter 1-2 dygn
- Tillgång till intraoperativt patologi-fryssett
- Personal med kompetens att stötta patientens hemortsvårdgivare med råd och stöd kring rehabilitering

Övrigt

- Vid utskrivning från NHVe ska patienten ha med sig en vårdplan med planering för bl.a uppföljning samt kontaktuppgifter till NHVe
- NHVe ska vara drivande i framtagandet/revision av SVF, vårdprogramarbete, kvalitetsregister
- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska överrapportera till remitterande enheten samt följa upp patientrapporterade mått

- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Nedan finns förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Förslagen till uppföljningsmått har tagits fram tillsammans med de som idag har nationellt vårduppgift inom området. Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått (översikt)

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått	Antal behandlade vid NHVe -Ålder -Kön -Remitterande region -Typer av tumörer
Bakgrundsmått	Pertoneal Cancer Index - Mått på tumörbörda Värde 0-39
Tillgänglighetsmått	Tid från operationsbeslut till operation (medel, median P10, P90)
Bakgrundsmått	-Antal som genomgått CRS -Antal som genomgått CRS och HIPEC -Antal som genomgått open and close
Medicinskt mått	Komplikationer enligt Clavien Dindo Uppdelat på: -3b-4 -5 -Andel patienter
Medicinskt mått	Mått på radikaliteten vid operation CCS- Completeness of cytoreduction score Värde 0-3

Referenser

1. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturerings för sex områden i cancervården Hämtad 2020-03-05 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/remisser-och-beslutsunderlag/omgang-2/rekommendation_2016-02-09_nivastrukture-ring_cancer.pdf
2. Utåtande från sakkunniggruppen för nationell nivåstrukturerings av cy-toreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av can-cer i bukhinnan. Hämtad 2020-03-05 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/sakkunnigutlatanden/omgang-2/utla-tande_hipec.pdf
3. Uppföljning av nationellt nivåstrukturerade verksamheter- två respektive fyraårsuppföljning (2015-2018, 2017-2018) av nationella vårdenheter med verksamhetsstart januari 2015 respektive januari 2017. Hämtad 2020-03-05 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/hipec/crs-hipec-akademiska-2017-18-190403.pdf>
4. Uppföljning av Cytoareduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC 2017-2018. Hämtad 2020-03-05 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/hipec/crs-hipec-karolinska-2017-18-190604.pdf>
5. Verksamhetsredovisning Östra sjukhuset Göteborg 190321- cytoareduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i buk-hinnan, CRS/HIPEC. Hämtad 2020-03-05 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/hipec/crs-hipec-ostra-sjukhuset-2017-18-190322.pdf>
6. Rapport Nationellt uppdrag HIPEC, SUS Malmö. Hämtad 2020-03-05 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/hipec/crs-hipec-sus-2017-18-190402.pdf>



11

Yttrande över
sakkunniggruppers
underlag inför beslut om
nationell högspecialiserad
vård, isolerad hyperterm
perfusion

21RS9511



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9511

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9511

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9511

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas. Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9511

7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi
9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Systemisk amyloidosis
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9511

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

35428/2020

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård – Isolerad hyperterm perfusion

Region Örebro län ställer sig bakom utredningen och tillstyrker dess förslag.

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definition.

Föreslaget antal enheter

Region Örebro län tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva denna vård.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga invändningar mot dessa.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag.

För Region Örebro län

Underlag för beslut om nationell högspecialiserad vård vårdområde - Isolerad Hyperterm Perfusion

Socialstyrelsens bedömning
Remissversion

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden isolerad hyperterm perfusion ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid en enhet.

Definition av tillståndet

Isolerad hyperterm perfusion

Bakgrund

Den 1 maj 2011 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en överenskommelse om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Överenskommelsen syftade till att regionerna skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta eller särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Nationell samordning skulle vara utformad så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat, ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser samt stärker förutsättningarna för klinisk forskning. Den ska vara värdeskapande för patienten och således vara baserat på ett patientfokuserat synsätt.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan beslöt vid sitt sammanträde den 8 februari 2016 enhälligt att rekommendera regionerna att isolerad hyperterm perfusion koncentreras till en vårdenhhet och att den enheten utgörs av Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vidare rekommenderade RCC att koncentrationen av åtgärden skulle införas från och med den 1 januari 2017 [1]. Alla regioner har tagit beslut om att följa RCC:s rekommendation gällande nivåstrukturering på nationell nivå.

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya beslutsprocessen ersatte därmed systemet med den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Medicinsk bakgrund

Isolerad hyperterm perfusion är en avancerad kirurgisk behandlingsprincip som kräver omfattande kringresurser och kompetens. Ingreppet utförs både på extremiteter (isolated limb perfusion, ILP) och lever (isolated hepatic perfusion, IHP). Antalet behandlingar per vårdgivare bör överstiga 30 per år för att kunna upprätthålla kompetensen och möjliggöra såväl kvalitetsuppföljning som forskning. Nuvarande resultat står sig väl i internationell jämförelse och behandlingen rekommenderas i både det nationella vårdprogrammet för Malignt melanom och Skelett och mjukdelssarkom. Då endast cirka 40 patienter i Sverige/år genomgår denna behandling är rekommendationen baserat på nuvarande kunskapsläge att nationellt nivåstrukturera denna behandling till ett centrum [2].

Socialstyrelsens överväganden

Rättslig reglering

Av 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att med nationell högspecialiserad vård avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Av 7 kap. 5 § samma lag som ovan framgår bl.a. att den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. Beslutet får inte överklagas.

Enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beslutar Socialstyrelsen vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.

Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att den nationella nivåstruktureringen av cancervården inte vilar på någon lagstiftning. Utgångspunkten bör dock vara att de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården tas till vara. De verksamheter som hittills har koncentrerats bör få fortsätta med sitt arbete. Sakkunniggrupperna bör i sina genomgångar dra nytta av tidigare gjorda utredningar både inom rikssjukvården och inom nivåstruktureringen av cancervården, så att inte samma områden behöver utredas på nytt (se prop. 2017/18:40 s. 67).

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det aktuella vårdområdet inte behöver ses över av en sakkunniggrupp eftersom de tidigare utredningarna som har gjorts av RCC är tillräckliga för att ligga till grund för beslut om nationell högspecialiserad vård.

Enligt Socialstyrelsens bedömning utvisar RCC:s utredning att åtgärden isolerad hyperterm perfusion ska utgöra nationell högspecialiserad vård eftersom vården är sällan förekommande, kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens [1].

Socialstyrelsen finner att aktuell vård ska fortsätta att vara koncentrerad till en enhet. Av RCC:s uppföljning av åren 2017-2018 framgår att en enhet har kunnat hantera mängden patienter samt att det bedrivs flera kliniska studier och att enheten har en hög publikationstakt. Vidare framgår det att den beslutade nationella nivåstruktureringen av åtgärden isolerad hyperterm perfusion har fungerat väl. Patienter remitteras i samma utsträckning som tidigare och resultaten ser bra ut utifrån ett internationellt perspektiv. Patientvolymerna är jämförbara med andra internationella centra [3].

Mot denna bakgrund finner Socialstyrelsen att en fortsatt koncentration av aktuell vård till en enhet ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett mer effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Särskilda villkor

Förslagen till särskilda villkor har tagits fram tillsammans med de enheter som idag har nationella vårduppdrag inom området.

Kritisk personalkompetens

- Kirurg väl förtrogen med ingreppet. Ansvarigkirurg ska minst ha utfört 30 ingrepp samt vara väl förtrogen med bedömning av patient inför och efter operation
- Perfusionist väl förtrogen med ingreppet
- Kontaktsjuksköterska förtrogen med vården av patienten

Kritisk utrustning, lokaler

- Perfusionsapparat avsedd för ILP
- Läckagemätningssutrustning avsedd för ILP

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Nuklearmedicinsk enhet för tillhandahållande av teknetium för läckagemätning
- Cytostatikaberedningsenhet
- Kirurgisk kompetens med erfarenhet av allmänkirurgi och kärlkirurgi kopplat till detta ingrepp
- Interventionell radiologi

Övrigt

- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska verka för att etablera ett internationellt samarbete inom tillståndsområdet.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.
- Vid utskrivning från NHVe ska patienten ha med sig en vårdplan med planering för bl.a uppföljning samt kontaktuppgifter till NHVe
- NHVe ska verka för framtagandet/revision av SVF, vårdprogramarbete, kvalitetsregister

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Nedan finns förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Förslagen till uppföljningsmått har tagits fram tillsammans med de som idag har nationellt vårduppdrag inom området. Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått (översikt)

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått	Antal remisser till NHV -Ålder -Kön Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal behandlade vid NHV -Ålder -Kön -Remitterande region
Bakgrundsmått	Andel av ovanstående Antal behandlade i förhållande till antal bedömda remisser
Bakgrundsmått	Vårdtid i antal dygn (min, max, median, medel) -Ålder -Kön -Remitterande region
Tillgänglighetsmått	Tid från beslut om behandling till behandling (medel, median P20)
Medicinskt mått	-Andel patienter med komplett respons på behandlingen
Medicinskt mått	-Andel patienter med komplikationer enligt Clavien-Dindo grad III eller mer

Referenser

1. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex områden i cancervården Hämtad 2020-03-05 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/remisser-och-beslutsunderlag/omgang-2/rekommendation_2016-02-09_nivastrukturering_cancer.pdf
2. Utlåtande från sakkunniggruppen till förslag om nationell nivåstrukturering av isolerad hyperterm perfusion. Hämtad 2020-03-05 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/sakkunnigutlatanden/omgang-2/utlatande_isoleradhypertermperfusion.pdf
3. Uppföljning av nationellt nivåstrukturerade verksamheter- två årsuppföljning (2017-2018) av nationella vårdenheter med verksamhetsstart januari 2017 Hämtad 2020-03-05 <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/melanom/isolerad-hyperterm-perfusion-sahlgrenska-2017-18-190325.pdf>



12

Yttrande över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer 21RS9512



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9512

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9512

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9512

Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9512

9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad
vård - Systemisk amyloidos

Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård -
Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9512

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

35426/2020

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Region Örebro län ställer sig bakom utredningen och tillstyrker dess förslag.

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definition.

Förslaget antal enheter

Region Örebro län tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva denna vård.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga invändningar mot dessa.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag.

För Region Örebro län

Underlag för beslut om nationell högspecialiserad vård vårdområde- retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Socialstyrelsens bedömning
Remissversion

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid två enheter.

Definition av tillståndet

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer.

Bakgrund

Den 1 maj 2011 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en överenskommelse om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Överenskommelsen syftade till att regionerna skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta eller särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Nationell samordning skulle vara utformad så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat, ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser samt stärker förutsättningarna för klinisk forskning. Den ska vara värdeskapande för patienten och således vara baserat på ett patientfokuserat synsätt.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan beslöt vid sitt sammanträde den 18 oktober 2016 enhälligt att rekommendera regionerna att retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer koncentreras till två vårdenheter och att dessa enheter utgörs av Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vidare rekommenderade RCC att koncentrationen av åtgärden skulle införas från och med den 1 november 2017 [1]. Alla regioner har tagit beslut om att följa RCC:s rekommendation gällande nivåstrukturering på nationell nivå.

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya beslutsprocessen ersatte därmed systemet med den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Medicinsk bakgrund

Testikelcancer är en fåtalsdiagnos och utgör en liten andel, cirka 1 %, av manlig cancer. Testikelcancer är dock den vanligaste cancersjukdomen hos män mellan 25 och 40 år med cirka 350 fall i Sverige varje år.

Av de cirka 350 patienter som årligen diagnosticeras med testikelcancer så finns det för 60-70 patienter indikation för retroperitoneal lymfkörtelutrymning (RPLND- retroperitoneal lymph node dissection). Den absolut dominerande indikationen för RPLND är borttagande av resttumör efter genomgången cytostatikabehandling för spridd testikulärt non-seminom, men RPLND utförs i enstaka fall i diagnostiskt syfte vid såväl seminom och non-seminom, samt vid primärt extragonadal sjukdom. RPLND efter cytostatikabehandling är ett kirurgiskt komplicerat ingrepp och kräver en mycket hög kirurgisk kompetens inkluderande tillgång till högspecialiserad kompetens inom ett antal kirurgisk specialiteter utöver urologi, såsom kärlkirurgi, thorax-och tarmkirurgi [2].

Socialstyrelsens överväganden

Rättslig reglering

Av 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att med nationell högspecialiserad vård avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Av 7 kap. 5 § samma lag som ovan framgår bl.a. att den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. Beslutet får inte överklagas.

Enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beslutar Socialstyrelsen vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.

Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att den nationella nivåstruktureringen av cancervården inte vilar på någon lagstiftning. Utgångspunkten bör dock vara att de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården tas till vara. De verksamheter som hittills har koncentrerats bör få fortsätta med sitt arbete. Sakkunniggrupperna bör i sina genomgångar dra nytta av tidigare gjorda utredningar både inom rikssjukvården och inom nivåstruktureringen av cancervården, så att inte samma områden behöver utredas på nytt (se prop. 2017/18:40 s. 67).

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det aktuella vårdområdet inte behöver ses över av en sakkunniggrupp eftersom de tidigare utredningarna som har gjorts av RCC är tillräckliga för att ligga till grund för beslut om nationell högspecialiserad vård.

Enligt Socialstyrelsens bedömning utvisar RCC:s utredning åtgärden retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer ska utgöra nationell högspecialiserad vård eftersom vården är sällan förekommande, kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens [1].

Socialstyrelsen finner att aktuell vård ska fortsätta att vara koncentrerad till två enheter. Av RCC:s uppföljning av åren 2017-2019 framgår att enheterna vid de gemensamma multidisciplinära konferenserna har möjlighet att fördela patienter mellan enheterna kopplat till den enhet som har möjlighet att ta emot patienten. De samverkar också gällande vårdprogram och forskning inom ramen för ett nätverk med svenska och norska deltagare. Av uppföljningen framgår att det i framtiden kommer att vara lättare att bedriva studier och göra uppföljningar då alla Sveriges patienter behandlas på dessa två enheter. Vården bedöms ha fungerat väl under den tid den varit koncentrerad till två enheter[3][4].

Mot denna bakgrund finner Socialstyrelsen att en fortsatt koncentration av aktuell vård till två enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett mer effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Särskilda villkor

Förslagen till särskilda villkor har tagits fram tillsammans med de enheter som idag har nationella vårduppdrag inom området.

Kritisk personalkompetens

- Urolog
- Anestesiolog
- Radiolog
- Patolog
- Onkolog
- Leverkirurg
- Thoraxkirurg
- Kärlkirurg
- Tumörortoped
- Kontaktsjuksköterska
- Kurator
- Fysioterapeut

Kritisk utrustning, lokaler

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Högspecialiserad intensivvård
- Interventionell radiologi
- Koagulationskonsult

Övrigt

- Vid utskrivning från NHVe ska patienten ha med sig en vårdplan med planering för bl.a. uppföljning samt kontaktuppgifter till NHVe
- NHVe ska verka för framtagandet/revision av SVF, vårdprogramarbete, kvalitetsregister
- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Nedan finns förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Förslagen till uppföljningsmått har tagits fram tillsammans med de som idag har nationellt vårduppgång inom området. Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått (översikt)

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått	Antal fall som avhandlas vid MDK -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal behandlade vid NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal primäropererade vid NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal opererade efter kemoterapi vid NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal recidivopererade (efter primär- och/eller kemo) vid NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Vårdtid i antal dygn (min, max, median, medel) -Ålder -Remitterande region
Tillgänglighetsmått	Tid från första behandlingsdagen i sista cytostatikabehandlingscykeln till operationsdagen

Medicinskt mått	Komplikation: Clavien Dindo skala från 3 och uppåt, 30 dagar

Referenser

1. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering cancervården Hämtad 2020-03-06 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/remisser-och-beslutsunderlag/omgang-3/beslutsrekommendation_till_landsting-regioner_161212.pdf
2. Nivåstrukturering inom området Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer- Utlåtande från sakkunniggrupp gällande nationell nivåstrukturering. Hämtad 2020-03-06 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/sakkunnigutlattan-den/omgang-3/utlatande-lymfkortelutrymning-testikelcancer2.pdf>
3. Uppföljning av nationell enhet Karolinska för retroperitoneal lymfkörtelutrymning - två årsuppföljning (2017-2019) av nationella vårdenheter Hämtad 2020-03-05 <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/melanom/isolerad-hyperterm-perfusion-sahlgrenska-2017-18-190325.pdf>
4. Tvåårsuppföljning av nationella vårdenheter: Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hämtad 2020-03-05 <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/melanom/isolerad-hyperterm-perfusion-sahlgrenska-2017-18-190325.pdf>



13

Yttrande över
sakkunniggruppers
underlag inför beslut om
nationell högspecialiserad
vård, kurativt syftande
behandling av vulvacancer

21RS9513

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9513

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttranden över sakkunniggruppers underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård inom tio olika vårdområden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att de tio förslagen till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli
nationellt högspecialiserad vård.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal
enheter för sju av de tio vårdområdena. De vårdområden där definitioner och
antal enheter inte tillstyrkes är Transbronkiell subpleural lungbiopsi med
kryoteknik och Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna. Region
Örebro län tillstyrker inte heller föreslaget antal enheter för vårdområde
Medfödda metabola sjukdomar.

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade
vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen.

Sakkunniggruppernas huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar av
vårdkedjan som är aktuell för nationellt högspecialiserad vård samt
rekommendera hur många enheter i landet som vården bör bedrivas på.

Socialstyrelsen har inbjudit Region Örebro län att komma med synpunkter på
tio sakkunnigunderlag framtagna för olika vårdområden som föreslås bli

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9513

nationell högspecialiserad vård. Många av vårdområdena förutsätter en multidisciplinär samverkan för att möta vårdbehoven.

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definitioner och antal enheter för sju av de tio vårdområdena. Reservationer i dessa fall gäller Kurativt syftande behandling av vulvacancer där avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård bör förtydligas, samt Svårbehandlad epilepsi där Region Örebro län anser att beslut om andra behandlingsalternativ, läs såväl ketogen kost som VNS, även fortsättningsvis bör kunna fattas på samtliga universitetssjukhus och därmed inte bli föremål för nationell högspecialiserad vård. Region Örebro län anser också att definitionen ”ställningstagande till rekommendation om nya behandlingsalternativ av precisionsmedicinsk karaktär, såsom cellterapi, enzymterapi eller genterapi och uppföljning av sådan behandling” är för brett formulerad.

När det gäller vårdområde Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik anser Region Örebro län inte att det bör bedrivas som nationell högspecialiserad vård då fem istället för fyra enheter föreslås baserat på en uppskattad framtida volymökning, dvs motsvarande den nivåstrukturering som redan råder inom vårdområdet idag.

När det gäller vårdområde Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna tillstyrkes inte sakkunniggruppens förslag till definition när det gäller delområde 1, medan definitionen när det gäller delområde 2-5 tillstyrkes. Fem enheter bedöms vara för få för att kunna erbjuda likvärdig vård för patientgruppen i delområde 1.

Region Örebro län tillstyrker inte heller sakkunniggruppens förslag till antal enheter för vårdområdet Medfödda metabola sjukdomar. Med tanke på stora geografiska avstånd, inte minst i norra delarna av landet, finns fördelar med fyra enheter istället för föreslagna tre.

Beredning

(Ange i vilka politiska organ ärendet har behandlats, till exempel: nämnden för samhällsbyggnad har vid sitt sammanträde den 22 januari 2015 behandlat ärendet)

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9513

Ekonomiska konsekvenser

Aktuellt beslut bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser. Senare i processen kring nationell högspecialiserad vård ska beslut tas om var vården ska bedrivas. Dessa beslut kan på sikt innebära ekonomiska konsekvenser för Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2022

Sakkunnigunderlag för vårdområde:

- 21RS9507 Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
- 21RS9508 Extraktion av pacemakerutrustning
- 21RS9509 Medfödda metabola sjukdomar
- 21RS9510 Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)
- 21RS9511 Isolerad hyperterm perfusion
- 21RS9512 Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- 21RS9513 Kurativt syftande behandling av vulvacancer
- 21RS9514 Svårbehandlad epilepsi
- 21RS9515 Systemisk amyloidos
- 21RS9516 Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Förslag till Region Örebro läns yttranden över de tio förslagen om nationell högspecialiserad vård:

1. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Transbronkiell subpleural lungbiopsi med kryoteknik
2. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Extraktion av pacemakerutrustning
3. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Medfödda metabola sjukdomar
4. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan för patienter med spridd cancer i bukhinnan (HIPEC)



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9513

5. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Isolerad hyperterm perfusion
6. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
7. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Kurativt syftande behandling av vulvacancer
8. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Svårbehandlad epilepsi
9. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Systemisk amyloidosis
10. Yttrande över sakkunniggruppens förslag om nationell högspecialiserad vård - Avancerade endoskopiska åtgärder i nedre luftvägarna

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS9513

Er beteckning:

Socialstyrelsen, Avdelningen för
kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården

35424/2020

106 30 Stockholm

Svar på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nationell högspecialiserad vård – Kurativt syftande behandling av vulvacancer

Region Örebro län ställer sig bakom utredningen och tillstyrker dess förslag.

Definition av vårdområdet

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag till definition.

Vad gäller avgränsningen mot recidivkirurgi och palliativ vård så anser Region Örebro län att den bör förtydligas. Vid recidiv/palliativ kirurgi där patienten inte behöver körteldiagnostik eller vid rekonstruktiv kirurgi bör dessa kunna utföras inom sjukvårdsregional nivåstrukturering. Stor hänsyn bör även tas till patientens ålder och komorbiditet.

Föreslaget antal enheter

Region Örebro län tillstyrker det föreslagna antalet enheter som får bedriva denna vård.

Förslag till särskilda villkor

Region Örebro län ser förslagen till särskilda villkor som rimliga och har inga invändningar mot dessa.

Uppföljning och utvärdering

Region Örebro län tillstyrker Socialstyrelsens förslag.

För Region Örebro län

Underlag för beslut om nationell högspecialiserad vård vårdområde- kurativt syftande behandling av vulvacancer

Socialstyrelsens bedömning
Remissversion

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att kurativt syftande behandling vid vulvacancer ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

Definition av tillståndet

Kurativt syftande behandling av vulvacancer.

Bakgrund

Den 1 maj 2011 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en överenskommelse om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Överenskommelsen syftade till att regionerna skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta eller särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Nationell samordning skulle vara utformad så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat, ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser samt stärker förutsättningarna för klinisk forskning. Den ska vara värdeskapande för patienten och således vara baserat på ett patientfokuserat synsätt.

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan beslöt vid sitt sammanträde den 8 februari 2016 enhälligt att rekommendera regionerna att kurativt syftande behandling av vulvacancer koncentreras till fyra vårdenheter och att de enheterna utgörs av Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset i Linköping. Vidare rekommenderade RCC att koncentrationen av åtgärden skulle införas från och med den 1 januari 2017 [1].

Alla regioner har tagit beslut om att följa RCC:s rekommendation gällande nivåstrukturering på nationell nivå.

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya beslutsprocessen ersatte därmed systemet med den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Medicinsk bakgrund

Vulvacancer drabbar årligen 150 – 190 kvinnor i Sverige. Symtom som ofta förekommer är långvarig klåda i vulva, sveda, sårbildning eller tumörutveckling. Medianåldern vid diagnos ligger runt 75 år (17 -101 år). Åldersfördelningen har två toppar, dels en topp runt 50-års ålder och en vid 80-års ålder. Etiologin tycks vara olika för åldersgrupperna. Hos den yngre populationen är cancer ofta associerad med HPV-infektion medan däremot vulvacancer hos den äldre populationen oftare är associerad med vulva-dystrofi eller lichen sclerosus et atrophicus. Skivepitelcarcinom utgör den vanligaste typen (87%) följt av extramamillär Paget och adenocarcinom (8%) och malignt melanom (5%)[2].

Socialstyrelsens överväganden

Rättslig reglering

Av 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att med nationell högspecialiserad vård avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Av 7 kap. 5 § samma lag som ovan framgår bl.a. att den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. Beslutet får inte överklagas.

Enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beslutar Socialstyrelsen vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.

Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att den nationella nivåstruktureringen av cancervården inte vilar på någon lagstiftning. Utgångspunkten bör dock vara att de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården tas till vara. De verksamheter som hittills har koncentrerats bör få fortsätta med sitt arbete. Sakkunniggrupperna bör i sina genomgångar dra nytta av tidigare gjorda utredningar både inom rikssjukvården och inom nivåstruktureringen av cancervården, så att inte samma områden behöver utredas på nytt (se prop. 2017/18:40 s. 67).

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det aktuella vårdområdet inte behöver ses över av en sakkunniggrupp eftersom de tidigare utredningarna som har gjorts av RCC är tillräckliga för att ligga till grund för beslut om nationell högspecialiserad vård.

Enligt Socialstyrelsens bedömning utvisar RCC:s utredning att kurativt syftande behandling vid vulvacancer ska utgöra nationell högspecialiserad vård eftersom vården är sällan förekommande, kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens [1].

Socialstyrelsen finner att aktuell vård ska fortsätta att vara koncentrerad till fyra enheter. Av RCC:s uppföljning av åren 2017-2018 framgår att enheterna har gemensam nationell multidisciplinär konferens (MDK). Det har hållits möten med alla fyra enheter samt de som remitterar patienter till enheterna. Hur köläget ser ut går igenom veckovis vid den nationella MDK:n. Patienterna erbjuds efter detta alltid första lediga tid oberoende av vilken enhet som har ledig tid. Alla enheter delta i forskning och detta inkluderar multicenterstudier där alla enheter finns med. I den gemensamma uppföljningen lyfter enheterna att behandlingen vid vulvacancer sannolikt har blivit enhetligare och mer jämlik för patienterna efter koncentrationen till de nationella enheterna [3].

Mot denna bakgrund finner Socialstyrelsen att en fortsatt koncentration av aktuell vård till fyra enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett mer effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås.

Särskilda villkor

Förslagen till särskilda villkor har tagits fram tillsammans med de enheter som idag har nationella vårduppdrag inom området.

Kritisk personalkompetens

Alla nedanstående kompetenser ska ha specialkunskap inom tillståndsområdet

- Gynekologisk tumörkirurg
- Gynekologisk onkolog
- Urolog
- Kolorektalkirurg
- Referenspatolog inom gynekologisk onkologi
- Plastikkirurg
- Radiolog
- Nuklearmedicinare
- Smärtläkare
- Kontaktsjuksköterska
- Kurator/psykolog
- Omvårdnadspersonal med sexologisk kompetens
- Fysioterapeut
- Lymfterapeut
- Sjukhusfysiker

Kritisk utrustning, lokaler

- PET/CT-utrustning
- MR-utrustning
- Sentinelutrustning
- Utrustning för strålbehandling
- Operationslokaler
- Tillgång till avancerad/högteknologisk patodiagnostisk utrustning samt lokaler för detta

Andra förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Personal med kompetens att stötta patientens hemortsvårdgivare med råd och stöd kring rehabilitering
- Möjlighet att ge cytostatikabehandling
- Vid behov tillgång till patienthotell

Övrigt

- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.

- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter samt följa upp patientrapporterade mått.
- Vid utskrivning från NHVe ska patienten ha med sig en vårdplan med planering för bl.a uppföljning samt kontaktuppgifter till NHVe
- Gemensam nationell MDK
- Namngiven Kontaktsjuksköterska på NHVe
- NHVe ska vara drivande i framtagandet/revision av SVF, vårdprogramarbete, kvalitetsregister
- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska överrapportera till remitterande enheten samt följa upp patientrapporterade mått

Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Nedan finns förslag till de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Förslagen till uppföljningsmått har tagits fram tillsammans med de som idag har nationellt vårduppgift inom området. Uppföljningsmått ska utgå från nedan mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Förslag till uppföljningsmått (översikt)

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått	Antal remisser till NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Antal behandlade vid NHV -Ålder -Remitterande region
Bakgrundsmått	Vårdtid i antal dygn vid NHV (min, max, median, medel) -Vid kirurgisk behandling
Tillgänglighetsmått	Tid från diagnosdatum till start av behandling Tid från nationell MDK till start av behandling (medel, median P20) Undergrupper -Patienter från tillståndsinnehavarens egen region -Patienter från övriga Sverige
Medicinskt mått	-Komplikationer i enlighet med Clavien dindo
Medicinskt mått	-Cancerrelaterad överlevnad 3 eller 5 år

Referenser

1. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex områden i cancervården Hämtad 2020-03-05 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/remisser-och-beslutsunderlag/omgang-2/rekommendation_2016-02-09_nivastrukturering_cancer.pdf
2. Utlåtande från sakkunniggruppen till förslag om nationell nivåstrukturering av vulvacancer. Hämtad 2020-03-06 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/sakkunnigutlåtanden/omgang-2/utlatande_vulvacancer.pdf
3. Tvåårsuppföljning av nationella nivåstruktureringen vulvacancer (2017-2018) verksamhetsstart januari 2017 Hämtad 2020-03-06 <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/nationella-vardenheter/vulvacancer/vulvacancer-2017-18-gemensam-rapport-fran-samtliga-nationella-vardenheter.pdf>



14

Svar på remiss Börja med barnen! Följa upp och dela information för en god och nära hälsa (SOU 2021:78)

21RS10672

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10672

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss Börja med barnen! Följa upp och dela information för en god och nära hälsa (SOU 2021:78)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna förslag till svar som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga har här lämnat sitt slutbetänkande, SOU 2021:78, med titeln "Börja med barnen! Följa upp och dela information för en god och nära hälsa." Utredningens syfte är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är vidare också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Slutbetänkandet innehåller förslag och bedömningar gällande förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga.

Utredningen lämnar flera förslag och bedömningar som syftar till att undersöka huruvida det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, med elevhälsans medicinska insats och ungdomsmottagningarna inkluderat. Lagändringarna ska träda i kraft 1 juli 2022. Region Örebro län ser överlag positivt på de förslag som utredningen för fram, men framför i svaret ett antal synpunkter och kommentarer.

Ärendebeskrivning

Utredningen lämnar flertalet bedömningar och förslag. Här redovisas ett sammandrag av dels förslagen och dels Regionens synpunkter på dessa.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10672

Vad gäller uppföljning av barns och ungas hälsa föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och lämna de författningsförslag som är nödvändiga för att det ska kunna ske. Utredningen föreslår för att så ska ske även för elevhälsans medicinska insats och ungdomsmottagningarna. Om det inte anses möjligt eller lämpligt för ungdomsmottagningarna föreslår utredningen att Socialstyrelsen ska överväga uppföljning baserad på data som inte innehåller personuppgifter.

Utredningen föreslår att det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet. Nuvarande lydelse anger enbart vårdens kvalitet. Förändringen föreslås för att det ska vara möjligt att behandla personuppgifter i kvalitetsregister med syftet även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder ska omfattas.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella hälsoreformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet. I uppdraget ska även ingå att föreslå indikatorer för att kunna följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att utvärdera effekterna av den nationella hälsoreformen för barn och unga. I uppdraget ska initialt ingå att utvärdera hur reformen implementeras. Särskild vikt ska läggas vid förutsättningarna för huvudmän och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar att implementera programmet.

Vad gäller den pågående omställningen till nära vård ser utredningen att barns och ungas behov behöver belysas och att det säkerställs att barnperspektivet beaktas i omställningsprocessen. Utredningen föreslår att Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS) bör kompletteras med ett uppdrag att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen

Utredningen ser ett behov av samlad nationell kunskap och skarpa analyser gällande sjukdomsuttryck, sjukdomsförekomst och vård- och omsorgsbehov hos barn och unga med kroniska sjukdomar eller annan långvarig ohälsa. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att leda ett arbete med att kartlägga förekomsten av och behov hos barn- och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov och att Socialstyrelsen först

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10672

behöver undersöka vilka regioner som kan och vill delta och andra förutsättningar för kartläggningen. Syftet med kartläggningen är att synliggöra gruppen och dess behov så att vårdens insatser kan samordnas bättre.

Utredningen lyfter även problematiken kring utlämnande av uppgifter om barn i hälso- och sjukvården och huruvida dessa ska lämnas ut till barnet själv eller till vårdnadshavare. Utredningen pekar på svårigheter när det gäller åtkomst till digitala uppgifter då det i de situationerna, enligt utredningen, sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad. Utredningen ser behov av frågan om utlämnande utreds och föreslår därför att regeringen ska tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Utredningen ska få i uppdrag att lämna nödvändiga författningsförslag för att åstadkomma en mer ändamålsenlig ordning.

Regionen har en mycket positiv inställning till att hälsofrämjande och förebyggande insatser skulle kunna registreras i kvalitetsregister. Här krävs dock medvetenhet om att arbete kommer att krävas gällande kunskap och kultur. Regionen ser även ett behov av att utredningen förtydligar hur data från kvalitetsregister får och kan sändas till hälsodataregister i aggregerad form, för att bättre utnyttja nyttan med kvalitetsregister.

Regionen lyfter dock reservationer och framför kritiska synpunkter vad gäller att inkludera ungdomsmottagningarnas verksamhet i hälsodataregister, då det bland annat kan innebära risker ur integritetsperspektiv.

Utredningen lyfter behovet av statligt stöd till kvalitetsregister, men Regionen anser att en större tydlighet och riktlinjer är önskvärt kring om regionerna direkt ska stötta ekonomiskt för att ansluta till register eller om registren ska överta större delar av anslutningsprojektet och så vidare.

Vad gäller förslaget att tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare, anser Regionen att det är viktigt att utgå från barnets bästa i utredningen och att en barnkonsekvensanalys görs.

Regionen ställer sig positiv till att möjligheterna till informationsdelning blir bättre och att staten tar ett större ansvar för den digitala infrastrukturen. Här vill



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10672

dock regionen framhålla att det finns ett behov av att staten också tar ett större ansvar vad gäller informationssäkerheten kopplat till digitaliseringen.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv, men genomförandet av förslagen kan ha det. Utredningen bedömer att dess förslag får positiva konsekvenser för barn och att barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks. Utredningen bedömer även att förslagen får positiva effekter för unga personer över 18 år.

Vad gäller jämställdhetsperspektiven bedömer utredningen att förslagen får positiva konsekvenser för utvecklingen av en mer jämlik och jämställd vård och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Vad gäller konsekvenser för miljön bedömer utredningen att förslagen på sikt kan medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskat behov av hälso- och sjukvård.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser. Utredningen bedömer att förslagen är en investering i en mer effektiv vård och att förslagen på kort sikt kan få administrativa och ekonomiska konsekvenser för regionerna.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till svar
Remissen

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet, s.remissvar@regeringskansliet.se med kopia till
s.fs@regeringskansliet.se



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS10672

Er beteckning:

Regeringskansliet

103 33 Stockholm

Svar på remiss Börja med barnen – följa upp och dela information för en god och nära vård

Region Örebro län (Regionen) har getts möjlighet att lämna synpunkter på den statliga offentliga utredningen Börja med barnen – följa upp och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78), slutbetänkandet av utredningen om en Sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Regionen ser överlag positivt på de förslag som utredningen för fram, men vill framföra följande bedömningar och kommentarer.

Innehållet i utredningens delbetänkande (SOU 2021:34) bestod av många positiva och viktiga delar för en god och jämlik hälsovård för barn och unga. En eventuell brist är möjligen att delbetänkandet även borde ha kunnat föreslå att elevhälsan ska organiseras i hälso- och sjukvården, alternativt att barnhälsovården (BHV) och barnavårdscentralen (BVC) skulle ha kommunen som huvudman, där BVC skulle kunna utgöra ”förskolans medicinska insats” med kraftfull samverkan i barnhälsoteam för förskolebarn. Sådana förändringar av huvudmannaskap kunde ha gett bättre förutsättningar för en naturlig integrering av hälsokedjan barnhälsovård och elevhälsa, en förenklad informationsförsörjning och bättre förutsättningar för ett robust och jämlikt program för hälsofrämjande och förebyggande vård för barn och unga i åldern 0-20 år.

Slutbetänkandet kompletterar delbetänkandet med beskrivning av behovet för en verksamhetsutveckling och ger samtidigt en bild av dagens brister och avsaknad av nationell uppföljning för att säkerställa en god och jämlik barn- och ungdomshälsovård. Utredningen beskriver och problematiserar kring informationsförsörjning/informationsdelning inklusive ändamålsenliga

informationssystem, hälsodataregister och kvalitetsregister och andra liknande strukturer och system.

Angående kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga
I utredningens delbetänkande (SOU 2021:34) påpekas att det krävs insatser inom hälso- och sjukvården för att först definiera och ha en samsyn kring vad hälsofrämjande insatser för barn och unga kan innebära. Region Örebro län ställer sig dock mycket positiva till att hälsofrämjande och förebyggande insatser skulle kunna registreras i kvalitetsregister. Här krävs dock medvetenhet om att arbete kommer att krävas gällande kunskap och kultur.

Utredningen skriver att det idag inte finns någon systematisk uppföljning av barn och ungas hälsa, eller av barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå. Det saknas en nationell uppföljning som stödjer utvecklingen av en mer sammanhållen vård samt effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det saknas även uppgifter om barn och ungas hälsoutveckling i befintliga hälsoregister som tar sikte på god hälsa. Regioner instämmer i utredningens slutsatser i dessa delar.

Utredningen konstaterar att flera olika insatser behövs för att uppföljningen ska bidra till en bättre vård för barn och unga. Vidare ger utredningen flera olika förslag som på sikt ska innebära att en bättre uppföljning kan ske. Regionen instämmer i att flera olika insatser behövs och ställer sig också positiv till de förslag som ges. Bland annat bedöms att hälsodataregistren behöver innehålla uppgifter om barn och ungas hälsa och utveckling av kvalitetsregister är nödvändig för att säkra kvaliteten i de hälsovårdande verksamheterna.

När det gäller kvalitetsregistren så föreslås en ändring av patientdatalagen 7 kap. 1 §. Regionen har inga invändningar mot detta förslag, men noterar att förslaget innebär att ändamålet med kvalitetsregister enligt patientdatalagen 7 kap. 1 § därmed generellt vidgas.

Regionen instämmer i utredningens bedömning att barnhälsovårdens nationella kvalitetsregister (BHVQ) och Nationellt kvalitetsregister för Elevhälsans medicinska insats (EMQ) kan anses vara kvalitetsregister, samt betonar behovet av kvalitetsregister med relevanta variabler som indikatorer av god kvalitet för utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen beskriver behov av samordnad uppföljning med liknande variabler för de kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, men en synpunkt är dessa variabler samtidigt måste ställas i relation till de primära uppdragen för respektive kvalitetsregister.

Regionen ser ett behov av att utredningen förtydligar hur data från kvalitetsregister får och kan sändas till hälsodataregister i aggregerad form, för att bättre utnyttja nyttan med kvalitetsregister.

Utredningen lyfter behovet av statligt stöd till kvalitetsregister, men här är en större tydlighet och riktlinjer önskvärt kring om regionerna direkt ska stöttas ekonomiskt för att ansluta till register eller om registren ska överta större delar av anslutningsprojektet.

Särskilt om ungdomsmottagningar i hälsodataregister

Utredningen menar att det är en angelägen men svår fråga huruvida ungdomsmottagningarna ska inkluderas i hälsodataregister och föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård vid ungdomsmottagningarna, och lämna nödvändiga författningsförslag. Om det visar sig att det inte är möjligt eller lämpligt ska Socialstyrelsen överväga uppföljning baserad på data som inte innehåller personuppgifter. Regionen vill här betona att ungdomsmottagningarnas verksamhet bygger på frivillighet och det är en instans som arbetar på ungdomens uppdrag. Att inkludera ungdomsmottagningen i hälsodataregister är problematiskt av flera anledningar, bland annat ur ett integritetsperspektiv, då det kan innebära risker för utsatta ungdomar. Här krävs en noggrann analys av förslagets konsekvenser för målgruppen. Förändras förutsättningarna för ungdomsmottagningarna kan målgruppens förtroende för verksamheten riskeras. Här ser Regionen att det är viktigt att bevaka den personliga integriteten för ungdomen, i relation till andra intressen.

Ungdomsmottagningen använder sig av skyddade journaler för att just värna integritet och sekretess. Arbetet gällande sexuell och reproduktiv hälsa är av känslig art och Regionen ställer sig kritisk till det ska kopplas till ett hälsodataregister. Regionen vill här att det beaktas att barn och unga är i behov av starkt skydd.

Något annat som försvårar mätning och jämförelse är att förutsättningarna för landets ungdomsmottagningar skiljer sig åt. Det är dels inte lagstadgat att det ska finnas ungdomsmottagningar och dels saknar verksamheten ett nationellt formulerat uppdrag. Huvudmannaskapet varierar också mellan kommun och region nationellt. Ungdomsmottagningarna möter heller inte alla som tillhör målgruppen, till skillnad från exempelvis elevhälsans medicinska insats eller barnhälsovården.

Regionen ställer sig dock positiva till att införa uppföljning baserad på data som inte innehåller personuppgifter.

Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp omställningen ur ett barnrättsperspektiv

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att särskilt följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård. Enligt barnkonventionens artikel 12 ska barn få vara delaktiga och kunna ge sin röst i frågor som berör dem. I Socialstyrelsens uppdrag torde således det ingå att göra en prövning av barnets bästa, där barns delaktighet ingår som en del. Samverkan med Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) skulle kunna vara en möjlighet i detta uppdrag. MUCF har stor erfarenhet av att arbeta med frågor om barns delaktighet och inflytande.

Utredning om utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare

Utredningen har inom ramen för sitt arbete uppmärksammat att det kan uppstå praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra ifall uppgifter om ett barn i hälso- och sjukvården ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Svårigheter uppstår särskilt när det gäller åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad. Utredningen menar att många barn missgynnas av att deras vårdnadshavare inte har tillgång till relevant information från hälso- och sjukvården och därmed inte kan hantera barnets vårdkontakter. Samtidigt kan det konstateras att dagens ordning innebär ett skydd för vissa barn som är särskilt utsatta. Utredningen föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare.

Regionen ser positivt på förslaget att tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Det är dock viktigt att utgå från barnets bästa i utredningen och att en barnkonsekvensanalys görs.

Informationsdelning

Vidare pekar utredningen på att det finns brister i informationsdelningen mellan barn- och ungdomshälsovårdens aktörer. Utifrån denna brist så ges också olika förslag. Regionen konstaterar att lagstiftningen idag är utformad så att sekretessen är knuten till aktuell vårdgivare. Sekretessen följer således vårdgivargränsen och inte den enskilde individen. Detta kan i många fall vara en utmaning då patienter inte alltför sällan rör sig mellan olika vårdgivare och därmed mellan olika sekretessgränser och områden. Denna omständighet kan i vissa fall försvåra informationsdelning generellt mellan olika aktörer, exempelvis olika vårdgivare. I synnerhet kan detta försvåra

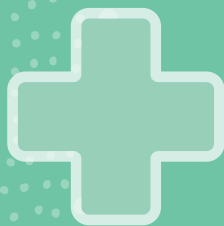
informationsdelningen när det gäller barn och ungdomar när det gäller informationsdelningen mellan en kommun och regionen. Regionen ställer sig positiv till utredningens förslag inom området.

Utredningen tar också upp att staten bör ta ett större ansvar för nationell digital infrastruktur. Utredningen anser att det finns ett behov av att utveckla en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvård och omsorg som kan bidra till mer kompatibla vårdinformationssystem som med större lätthet kan kommunicera med varandra för utbyte av relevant information. Det finns idag många olika vårdssystem, bara hos en vårdgivare kan det finnas många olika vårdssystem. Det kan vara en anledning till att det inte allt för sällan kan vara svårt att utbyta information, rent tekniskt. Regionen ställer sig positiv till möjligheterna till informationsdelning blir bättre och att staten tar ett större ansvar för den digitala infrastrukturen. Här vill dock regionen framhålla att det finns ett behov av att staten också tar ett större ansvar vad gäller informationssäkerheten kopplat till digitaliseringen. Detta då informationssäkerheten är en grundläggande förutsättning för digitaliseringen i stort.

För Region Örebro län

Börja med barnen!

Följa upp hälsa och dela information
för en god och nära vård



HÄLSODATA ► INFORMATION ► UPPFÖLJNING

SLUTBETÄNKANDE AV UTREDNINGEN
OM EN SAMMANHÅLLEN GOD OCH
NÄRA VÅRD FÖR BARN OCH UNGA

286 (1162)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:78

Börja med barnen!

Följa upp hälsa och dela information för en god
och nära vård

*Slutbetänkande av Utredningen om
en sammanhållen god och nära vård för barn och unga*

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:78

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0221-1 (tryck)

ISBN 978-91-525-0222-8 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 28 november 2019 att uppdra åt en särskild utredare att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). I utredningens uppdrag har bland annat ingått att föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Det har också ingått att föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas. Syftet med uppdraget har varit att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet har också varit att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Den 1 maj 2021 överlämnade utredningen delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) till regeringen.

Barnläkaren Peter Almgren förordnades från och med den 1 december 2019 som särskild utredare. Utredningen (S 2019:05) har antagit namnet Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Från och med den 19 mars 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Christopher Carlson, kanslirådet Hedvig Feltelius, departementssekreteraren Linda Hindberg, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och departementssekreteraren Jessika Yin.

Samma dag förordnades som sakkunniga: utredaren Rosita Claesson Wigand, enhetschefen Anders Fejer, generalsekreteraren Magnus

Jägerskog, undervisningsrådet Timmy Larsson, och handläggaren Tyra Warfvinge. Från och med den 14 april 2020 förordnades kommundirektören Camilla Holmqvist och från och med den 6 juli 2020 förordnades direktören Charlotta Larsdotter som experter i utredningen.

Från och med den 7 september 2020 entledigades kanslirådet Hedvig Feltelius som sakkunnig i utredningen och ersattes av kanslirådet Marie Törn. Från och med den 1 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekreteraren Andrea Larsson. Från och med den 20 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Jessika Yin som sakkunnig i utredningen. Från och med den 14 november 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson från uppdrag att vara sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Från och med den 22 januari 2021 entledigades departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder som sakkunnig i utredningen och ersattes från och med den 1 mars 2021 av departementssekreteraren Nela Lalouni och ämnesrådet Tom Nilstierna. Från och med den 30 april 2021 entledigades Christopher Carlson som sakkunnig i utredning och ersattes från och med den 1 maj 2021 av departementssekreteraren Maj Fagerlund. Från och med den 9 maj 2021 entledigades departementssekreteraren Nela Lalouni som sakkunnig i utredningen och ersattes från och med den 10 maj 2021 av departementssekreteraren Sara Tunlid.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 februari 2020 kanslirådet Klara Granat. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 10 februari 2020 utredaren Sandra Creutz. Sandra Creutz anställning som sekreterare i utredningen upphörde att gälla från och med den 20 januari 2021. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 19 februari 2020 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 april 2020 den digitala strategen Niklas Eklöf. Niklas Eklöfs anställning som sekreterare i utredningen upphörde att gälla från och med den 29 januari 2021. Som senior rådgivare i utredningen anställdes från och med den 1 april 2020 läkaren Göran Stiernstedt. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 december 2020 utredaren Ylva Malmquist och på deltid psykologen Antonia Reuter. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 januari 2021 strategen Frida Bjurström. Som sekreterare på deltid i utredningen anställdes från och med den 11 januari 2020 juristen

Nadja Zandpour. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 maj 2021 hovrättsassessorn Cecilia Ivarsson.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård* (2021:78). Utredningens förhoppning är att de samlade förslagen i våra två betänkanden kan bidra till att staka ut en väg för Sverige där barns och ungas behov och förutsättningar lyfts fram och får påverka hälso- och sjukvårdens utformning och innehåll på ett mer systematiskt och långsiktigt hållbart sätt. Börja med barnen!

Stockholm i oktober 2021

Peter Almgren

/Klara Granat
Ylva Malmquist
Frida Bjurström
Cecilia Ivarsson
Nadja Zandpour
Antonia Reuter
Göran Stiernstedt

Innehåll

Sammanfattning	13
1 Författningsförslag.....	23
1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	23
2 Uppdrag, utgångspunkter och genomförande	25
2.1 Utredningens uppdrag.....	25
2.1.1 Delbetänkande om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga	26
2.1.2 Uppdrag som redovisas i slutbetänkande	27
2.2 Utredningens avgränsningar och utgångspunkter	28
2.2.1 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om uppföljning	28
2.2.2 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om informationsdelning.....	30
2.2.3 Några centrala begrepp	31
2.3 Utredningens genomförande	32
2.3.1 Utredningens dialoguppdrag	33
2.4 Betänkandets disposition.....	33
3 Gällande rätt.....	35
3.1 Allmänt om kapitlet.....	35
3.2 Generell reglering av personuppgiftsbehandling	35
3.2.1 Allmänt om regleringen av personuppgiftsbehandling.....	35
3.2.2 Dataskyddsförordningen	36

3.3	Hälsodataregister.....	43
3.3.1	Lagen (1998:543) om hälsodataregister.....	43
3.3.2	Förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen	44
3.4	Kvalitetsregister.....	45
3.5	Sammanhållen journalföring	48
3.6	Sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården.....	51
3.6.1	Sekretess	51
3.6.2	Tystnadsplikt.....	56
3.6.3	Något om inre sekretess	56
4	Bakgrund, problembild och analys	57
4.1	Det finns ingen heltäckande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa.....	58
4.1.1	Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella register.....	61
4.1.2	Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella enkäter.....	71
4.2	Uppföljningen har ofta fokus på ohälsa.....	76
4.3	Barn- och ungdomshälsovården behöver ges förutsättningar för sitt kvalitetsarbete	77
4.3.1	Kort om kvalitetsarbetet i barn- och ungdomshälsovården	78
4.3.2	Kvalitetsregister syftar till att främja god kvalitet i hälso- och sjukvården	87
4.4	Informationsdelning inom hälso- och sjukvården och mellan vård- och omsorgsverksamheter brister.....	97
4.4.1	Juridiska möjligheter till informationsdelning finns redan i dag	99
4.4.2	Tekniska förutsättningar för informationsdelning.....	100
4.4.3	Standardiserade termer och begrepp underlättar informationsdelning	103
4.4.4	Organisation och kultur är centrala faktorer för informationsdelningen.....	105

4.5	Insatser för att främja en god informationsdelning.....	106
4.5.1	Vision e-hälsa 2025 innehåller gemensamma utgångspunkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten	106
4.5.2	På regional och lokal nivå pågår ett omfattande arbete för att främja en god informationsdelning...	110
4.6	Brister i dokumentation och informationsdelning drabbar patienten	111
4.6.1	Brister i informationsdelning försvårar för samverkan	114
4.6.2	Patientperspektiv på stärkt informationsdelning...	115
4.6.3	Vissa bedömningar när det gäller barns respektive vårdnadshavares tillgång till information är svåra	116
4.6.4	Vårdplanen som verktyg för informationsdelning	119
4.7	Omfattande insatser pågår internationellt på hälsodataområdet	122
4.7.1	EU-projektet TEHDAS bidrar till gemensamma europeiska principer för sekundär användning av hälsodata	123
4.7.2	Det pågår nordiska samarbeten inom området hälsodata.....	124
4.7.3	Norges hälsodataprogram ska bidra till bättre nyttjande av hälsodata för sekundära ändamål	125
4.7.4	I Finland pågår genomgripande förändringar av sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården.....	126
4.7.5	Danmarks sundhedsdataprogram ska förbättra tillgången till hälsodata med fokus på bättre kvalitet.....	129
4.7.6	Sveriges väg mot en mer ändamålsenlig infrastruktur för behandling av hälsodata	130

5	Förslag och bedömningar.....	135
5.1	Uppföljning av barns och ungas hälsa.....	138
5.2	Förtydligande om uppgifter om hälsovård i kvalitetsregister.....	152
5.3	Hälsoreformen för barn och unga bör följas stödjas, utvärderas och tillses	158
5.3.1	Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsovårdsreformen.....	160
5.3.2	Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera hälsoreformen för barn och unga	163
5.3.3	Förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras.....	166
5.3.4	Inspektionen för vård och omsorg bör granska barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet	168
5.3.5	Det behöver följas upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningsprocessen.....	170
5.4	Kartlägga förekomsten av och behov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov.....	172
5.5	Möjligheter att dela information inom och mellan vårdgivare finns redan i dag.....	176
5.6	Förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras och en utvidgning bör övervägas	179
5.7	Utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare bör utredas.....	183
5.8	Förslag om ombuds tillgång till uppgifter bör genomföras.....	184

5.9	Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet	186
5.9.1	Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur.....	190
5.9.2	Tydligare styrning mot nationell informationsstruktur och gemensam terminologi.....	193
6	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	197
7	Konsekvensanalys.....	199
7.1	Utredningens uppdrag och problembeskrivning	199
7.2	Konsekvenser för barn och unga	202
7.2.1	Konsekvenser för barn	202
7.2.2	Konsekvenser för unga personer över 18 år.....	206
7.3	Konsekvenser för den personliga integriteten	206
7.4	Samhällsekonomiska konsekvenser	209
7.5	Ekonomiska och andra konsekvenser för staten	211
7.6	Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner.....	213
7.7	Ekonomiska och andra konsekvenser för kommuner	215
7.8	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	217
7.9	Konsekvenser för vårdens professioner.....	218
7.10	Konsekvenser för företagen	219
7.11	Konsekvenser för sysselsättningen	220
7.12	Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen.....	220
7.13	Konsekvenser för EU-rätten.....	221
7.14	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	221
7.15	Konsekvenser för miljön	222

7.16	Kostnader för fullt utbyggda kvalitetsregister avseende barns och ungas hälsa	222
7.16.1	Modell för beräkning av kostnader för utbyggda kvalitetsregister.....	224
7.16.2	Simulering av utbyggd verksamhet för kvalitetsregister	225
7.16.3	Sammantagen bedömning av kostnadsökningar för fullt utbyggda kvalitetsregister för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser	227
8	Författningskommentar	229
8.1	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)...	229
	Referenser.....	231
	Bilaga	
	Kommittédirektiv 2019:93	247

Sammanfattning

Utredningen har i uppdrag att se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Bakgrunden till utredningens uppdrag är framför allt problem med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda.

I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform

I delbetänkandet *Börja med barnen!* En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) föreslår utredningen en hälsoreform som ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga. I hälsoreformen ingår förslag och bedömningar som ska stärka den nationella styrningen av det hälsofrämjande och förbyggande arbetet inom barn- och ungdomshälsovården och samverkan mellan berörda vårdgivare. Utredningen föreslår bland annat att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga ska tas fram som ska gälla för hälsouppföljningen av alla barn och unga från 0–20 år. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården. I hälsoreformen ingår även sex steg som ska driva på utvecklingen av en mer sammanhållen hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga med psykiska vård-

behov.¹ Utredningens förslag och bedömningar ska säkra god fysisk och psykisk hälsa hos barn och unga, förebygga sjukdom och se till att alla barn och unga får fördjupade insatser av vård och behandling vid behov. Hälsoreformen är därför en investering i en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och god hälsa i befolkningen.

I slutbetänkandet ska utredningen redovisa insatser för en stärkt uppföljning och informationsdelning

I slutbetänkandet återstår att redovisa hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Dessutom ska utredningen föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Båda uppdragen bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Hälsouppgifterna kan sedan användas för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling, för att lämna uppgifter till den enskilde samt för att följa upp barns och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

Det förekommer ingen systematisk uppföljning av barns och ungas hälsa eller av barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå

Det finns i dag inte någon nationell uppföljning som stödjer utvecklingen av en mer sammanhållen vård och effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det saknas också uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling i befintliga hälsoregister som tar sikte på god hälsa. De uppgifter som samlas in är oftast diagnosbaserade och bygger på en traditionell syn inom hälso- och sjukvården som i huvudsak fokuserar på sjukdomar och behandlingen av dessa. Det pågår vissa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning, bland annat Socialstyrelsens arbete med ett utvidgat patient-

¹ SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 255 ff.

register. Om det genomförs, innebär det att mödrahälsovården och barnhälsovården kommer att omfattas av uppgiftsskyldigheten till patientregistret. Däremot kommer inte elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att omfattas av uppgiftsskyldigheten, och hälsodata om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv kommer inte att samlas in.

I dag finns inte heller någon nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och kvalitet. Det försvårar förutsättningarna för att uppnå en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga i landet. Det finns kvalitetsregister för mödrahälsovården – Graviditetsregistret, barnhälsovården – Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och för elevhälsans medicinska insatser – Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), men inget kvalitetsregister för ungdomsmottagningarna. Anslutningsgraden till BHVQ och EMQ är låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskomelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Flera insatser behövs för att uppföljningen ska bidra till en bättre vård för barn och unga

Utredningen bedömer att de insatser som hittills har genomförts för att stärka uppföljningen inte är tillräckliga för att tillgodose de behov som finns av att följa upp barns och ungas hälsoutveckling och för att kvalitetssäkra den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. För att stödja utvecklingen av en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård för barn och unga föreslår utredningen därför flera olika insatser som sammantaget ska leda till en bättre uppföljning både av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården.

Hälsodataregister behöver innehålla uppgifter om barns och ungas hälsa

Utredningen bedömer att det är mycket angeläget att barns och ungas hälsa följs upp, från graviditet till och med 20 års ålder, utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Det är en förutsättning för

att öka kunskapen om vilka faktorer som påverkar hälsa och indikerar sjukdom och för att utveckla insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och lämna nödvändiga författningsförslag. För att uppföljningen av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet ska bli mer heltäckande bör Socialstyrelsen även få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och på ungdomsmottagningarna.

Kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga stärker kvaliteten och bidrar till likvärdig vård

Det är även mycket angeläget att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården för att säkra verksamhetens kvalitet och likvärdighet i landet. Barn- och ungdomshälsovården möter alla barn och unga under deras uppväxttid, och har förutsättningar för att främja hälsa, uppmärksamma behov och sätta in tidiga insatser för att förebygga att ohälsa utvecklas under barn- och ungdomsåren. Verksamheten har därmed betydelse för utvecklingen av jämlik hälsa i befolkningen. Utredningen bedömer att utvecklingen av kvalitetsregister är nödvändig för att säkra kvaliteten i de hälsovårdande verksamheterna. Av den anledningen föreslår utredningen att det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet. Det förtydligar att uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser kan registreras i kvalitetsregister.

Uppdrag till myndigheter att stödja, följa och utvärdera hälsoformen

Utredningen föreslår ett antal uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för att följa upp, stödja och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet. Utredningen bedömer även att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys behöver få bättre möjligheter att behandla per-

sonuppgifter. Det är en förutsättning för att myndigheten ska kunna utvärdera effekterna av hälsoformen med så hög kvalitet och på ett så effektivt sätt som möjligt. Socialdataskyddsutredningens förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör därför genomföras. Utredningen bedömer dessutom att Inspektionen för vård och omsorg bör genomföra tillsynsinsatser av barn- och ungdomshälsovården. Detta arbete ska driva på utvecklingen av en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp omställningen ur ett barnrättsperspektiv

Just nu pågår den största omställningen i hälso- och sjukvården på många år. Omställningen innebär en förflyttning från en sjukhus-tung vård till en nära och tillgänglig vård där primärvården ska vara navet och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och social-tjänsten. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att särskilt följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård.

Uppdrag att kartlägga förekomsten av och behov hos gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Det behövs samlad nationell kunskap och skarpa analyser av sjukdomsuttryck, sjukdomsförekomst och vård- och omsorgsbehov som barn och unga med kroniska sjukdomar och eller långvarig ohälsa uppvisar. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att tillsammans med några större regioner analysera och kartlägga behov, trender och definitioner gällande barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov. Syftet är att få ett bättre nationellt kunskapsunderlag om dessa barn och unga och deras samlade behov. Utredningen bedömer att resultatet av kartläggningen kan bli en användbar faktabas för vårdprogram och hälsoprocesser inom det nationella systemet för kunskapsstyrning, för planering och styrning hos huvudmännen, för professionen samt för framtagande och utveckling av riktlinjer inom myndigheten.

Det finns brister i informationsdelningen mellan barn- och ungdomshälsovårdens aktörer

Även när det gäller informationsdelning finns brister som påverkar förutsättningarna för att få till stånd en mer sammanhållen vård. I delbetänkandet redogör utredningen för brister med informationsdelning och hur det påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare. I detta betänkande redogör utredningen för vissa av de utmaningar som finns med att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som kan stödja sådan informationsdelning. Juridiska, tekniska, semantiska och organisatoriska och kulturella faktorer påverkar förutsättningarna för informationsdelning. Utmaningarna som finns på området är väl kända och arbete pågår på nationell, regional och lokal nivå för att komma tillrätta med dem.

Huvudmännen behöver i högre grad ta tillvara de förutsättningar för informationsdelning som finns i dag

Utredningen bedömer att gällande rätt redan i dag möjliggör delning av information. Mellan olika vårdgivare kan information till exempel delas genom tillämpning av bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Utredningen bedömer dock att dessa bestämmelser behöver tillämpas i högre grad än i dag för att möjliggöra en mer effektiv informationsdelning. Det är också möjligt att lämna ut uppgifter från en vårdgivare på andra sätt, bland annat med stöd av den enskildes samtycke. Samtidigt har utredningen uppmärksammat behovet av vissa åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning för att uppnå en mer sammanhållen god och nära vård och för att stärka enskildas tillgång till information. Dessa beskrivs nedan.

Informationsdelning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas

Utredningen bedömer att informationsdelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas. Av den anledningen stödjer utredningen förslag till nya bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01). När det gäller

dokumentation från socialtjänsten omfattar förslaget dock endast dokumentation om insatser för barn och unga med funktionsnedsättningar. Utredningen bedömer att det finns anledning att undersöka om det är möjligt och lämpligt att utvidga de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta ytterligare grupper av barn och unga inom socialtjänsten.

Utredning om utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare

Utredningen har inom ramen för sitt arbete uppmärksammat att det kan uppstå praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra om uppgifter i hälso- och sjukvården om ett barn ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Svårigheter uppstår särskilt när det gäller åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad. Det är utredningens uppfattning att många barn missgynnas av att deras vårdnadshavare inte har tillgång till relevant information från hälso- och sjukvården och därmed inte kan hantera barnets vårdkontakter. Samtidigt kan det konstateras att dagens ordning innebär ett skydd för vissa barn som är särskilt utsatta, exempelvis för barn som riskerar våld eller förtryck om vissa uppgifter kommer till vårdnadshavarnas kännedom. Utredningen föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare.

Barn och unga bör kunna ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter

När barn har uppnått en viss ålder och mognad förväntas barnet i högre grad sköta sina egna vårdkontakter. Men även när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över uppgifterna kan barnet vilja ta hjälp av vårdnadshavare eller någon annan närstående i sina vårdärenden, och ge någon annan elektronisk tillgång till patientuppgifter. Sådana önskemål kan även finnas hos unga personer som inte längre är barn, det vill säga personer över 18 år.

Utredningen stödjer därför förslaget från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) om bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, får ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet

På nationell och internationell nivå pågår för närvarande ett omfattande utvecklingsarbete för att skapa bättre förutsättningar för att behandla hälsodata. Inte minst gäller detta våra nordiska grannländer. Utvecklingen kan vara gynnsam för att uppnå en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och går i linje med det som utredningen föreslår i både del- och slutbetänkande. Det förutsätter dock att det hälsofrämjande perspektivet och barns och ungas behov aktivt beaktas i denna utveckling. Det långa tidsperspektivet innan en ändamålsenlig och effektiv nationell infrastruktur kan vara på plats, gör också att utredningens förslag om kvalitetsregister och hälsodataregister behöver genomföras. Slutbetänkandets förslag och bedömningar stärker barnperspektiven i det paradigmskifte som vi ser början av i den globala utvecklingen kring användning av hälsodata inom bland annat hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att Sverige framöver behöver en handlingsplan som är nationellt och regionalt sammanhållen och koordinerad, ett systematiskt arbete med ändamålsenlig lagstiftning, standardiserade tekniska lösningar och interoperabilitet. Dessutom krävs ett tydligt barnfokus i alla delar av arbetet. Utredningen lämnar i linje med detta även följande bedömningar.

Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur

Utredningen anser att det finns behov av att utveckla en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården som kan bidra till mer kompatibla vårdinformationssystem som med större lätthet kan kommunicera med varandra för utbyte av relevant information. Det finns också flera vinster med detta, till exempel bättre förutsättningar för att utveckla nationella e-hälsotjänster och bättre möjligheter att behandla hälsodata för sekundära ändamål. Flera aktuella utredningar pekar på behovet av en mer statlig styrning av en digital infrastruktur.

tur. Utredningen bedömer i linje med dessa utredningar, att den statliga styrningen och ansvaret i dessa frågor behöver öka.

Utveckling och användning av nationellt fastställda termer och begrepp behöver öka

Utredningen gör slutligen bedömningen att användningen av nationellt fastställda termer och begrepp för dokumentation i hälso- och sjukvården behöver öka väsentligt. Berörda hälso- och sjukvårdsaktörer behöver i högre grad än i dag se till att så sker. Det är en grundläggande förutsättning för att skapa interoperabilitet mellan olika vårdinformationssystem. Det utvecklingsarbete som sker på nationell nivå behöver också fortsatt anpassas efter kunskapsutvecklingen som sker lokalt och regionalt, så att förutsättningarna för att implementera nationella standarder ökar. Det ökar också möjligheterna till en mer enhetlig dokumentation i vården och därmed mer jämförbara data med bättre kvalitet som kan användas i uppföljning, utvärdering och verksamhetsutveckling.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientdatalagen (2008:355) att 7 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

1 §

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *vårdens* kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.

4 §

I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behand-

I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behand-

las för ändamålet att systematiskt
och fortlöpande utveckla och säkra
vårdens kvalitet.

las för ändamålet att systematiskt
och fortlöpande utveckla och säkra
hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Uppdrag, utgångspunkter och genomförande

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningen har i uppdrag att utreda förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). Enligt direktivet syftar utredningens arbete till att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP. I utredningens uppdrag ingår bland annat att:

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,
- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri

- barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

2.1.1 Delbetänkande om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Den 4 maj 2021 lämnade utredningen ett delbetänkande till regeringen, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform i vilken ingår flera förslag och bedömningar som sammantaget ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga. Utredningen föreslår bland annat att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen och ett bemyndigande om att meddela föreskrifter för innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Vidare föreslår utredningen att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga under hela uppväxttiden ska utvecklas och implementeras. Förslagen ska bidra till en mer enhetlig nationell styrning av barn- och ungdomshälsovården där samtliga berörda verksamheter arbetar med utgångspunkt från samma mål och uppdrag. Dessutom lämnar utredningen förslag på en bestämmelse som ska göra det lättare för barn och unga att få en fast vårdkontakt. Utredningen bedömer också att samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt behöver stärkas och föreslår därför att regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän vid organisationen och planeringen av hälso- och sjukvården förtydligas. I delbetänkandet beskriver utredningen också i sex steg hur huvudmännen systematiskt bör utveckla hälso- och sjukvården för att på ett ändamålsenligt sätt möta psykiska vårdbehov hos barn och unga och hur målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri kan uppnås. Sammantaget banar utredningens förslag och bedömningar vägen för en hälsoreform i Sverige som börjar med barnen. Mot bakgrund av utredningens förslag har regeringen i september 2021 beslutat om att ge

Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171).

2.1.2 Uppdrag som redovisas i slutbetänkandet

I detta slutbetänkande kompletteras hälsoreformen med förslag och bedömningar som rör förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga. Utredningen bedömer att det är viktigt att följa upp barns och ungas hälsa, det hälsofrämjande arbetet och om barn och unga får god vård på likvärdiga grunder i landet. Det är också viktigt att följa upp hälso-reformen och den omställning till en god och nära vård som nu pågår inom hälso- och sjukvården ur ett barnrättsperspektiv. Sådan uppföljning bidrar till utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården och säkerställer likvärdig tillgång till god vård. I slutbetänkandet kompletteras hälsoreformen också med förslag och bedömningar som på sikt ska bidra till en bättre informationsdelning mellan de berörda hälsovårdsverksamheterna. Det är en förutsättning för utvecklingen av en mer sammanhållen vård för barn och unga. Dessutom beskrivs den nationella och internationella utvecklingen på hälsodataområdet. Utredningen bedömer att utredningens förslag stärker och går i linje med denna utveckling.

Enligt direktivet ska utredningen utreda och lämna förslag på hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård till elevhälsan och ungdomsmottagningarna. På så sätt samlas information om barnets eller den unges hälsoutveckling som kan ge ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga

ohälsa hos barn och unga. I delbetänkandet lämnar utredningen flera förslag och bedömningar som ska leda till en bättre uppföljning av barns hälsa på individuell nivå. I slutbetänkandet fokuserar utredningen därför i första hand på förslag och bedömningar som ska bidra till en bättre uppföljning på aggregerad nivå.

Utredningen ska även föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar, och där så bedöms lämpligt, har tillgång till sin egen hälsoinformation. Utredningen tolkar denna del av uppdraget som att frågeställningen i första hand avser delning av information inom och mellan vårdgivare för att uppnå en sammanhållen god och nära vård men att den även omfattar delning av information i förhållande till den enskilde själv. Utredningen har därför valt att använda begreppet informationsdelning i detta betänkande.

Den gemensamma nämnaren för uppdragen om informationsdelning och uppföljning är att de bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Dessa hälsouppgifter används sedan för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling, för att lämna uppgifter till den enskilde samt för att följa upp barn och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

2.2 Utredningens avgränsningar och utgångspunkter

2.2.1 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om uppföljning

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser och systematisk, kvalitets-säkrad insamling och aggregering av relevanta hälsodata i befolkningen är ett mycket stort och brett område. Det pågår en omfattande utveckling på området och insatser görs både internationellt och nationellt för att utveckla system för behandling av hälsodata för befolkningen i stort. Utredningens förutsättningar för att ta del av det samlade utvecklingsarbetet på området har varit begränsade i förhållande till det breda och omfattande uppdrag som utredningen har som helhet.

Utredningen har mot denna bakgrund behövt avgränsa uppdraget i denna del.

Utredningen har sett över vilka förutsättningar som finns för att följa upp barns och ungas hälsa i en bred bemärkelse som förutom fysisk och psykisk hälsa, inkluderar barnets välbefinnande, utveckling, egna förmågor och motståndskraft. I dag är uppföljningen vanligen diagnosbaserad. Utredningen bedömer dock att det även finns behov av att följa upp hälsoparametrar utan att de är kopplade till en diagnos. Det är en förutsättning för att kunna främja hälsa och förebygga sjukdom och annan ohälsa. Utredningen har även sett över vilka förutsättningar som finns för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården, både generellt och med utgångspunkt från den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet.

Utredningen har gjort bedömningen att det i första hand har varit lämpligt att utreda förutsättningarna för att utveckla redan befintliga system och regelverk för uppföljning som tar sikte på hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen konstaterar dock att den utveckling som nu sker på hälsodataområdet, på sikt sannolikt kommer att öppna upp för helt andra möjligheter för behandling av hälsodata som omfattar hela befolkningen och förmodligen också både vård- och omsorgsdata. I Finland och några andra länder har en sådan utveckling redan skett. I avvaktan på en mer omfattande översyn av den infrastruktur och reglering som styr hälsodatahantering, bedömer utredningen att det finns behov av att se över förutsättningarna för att en mer effektiv och ändamålsenlig nationell uppföljning, baserat på befintliga system. Utredningen bedömer också att de förslag som utredningen lägger fram när det gäller utvecklingen av kvalitetsregister och hälsodataregister kompletterar och förstärker den nationella utvecklingen av och tillgången till hälsodata om barn och unga.

Socialstyrelsens har flera pågående uppdrag som gäller uppföljning, bland annat uppdraget att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). I regleringsbrev för 2021 har Socialstyrelsen även fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård. Utredningen lämnar inga författningsförslag

på de områden där Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna författningsförslag. Däremot har utredningen, i sina förslag och bedömningar, beaktat att Socialstyrelsen har dessa uppdrag.

Utredningen har även beaktat det arbete som pågår inom Folkhälsomyndigheten med att utveckla ett nytt system för uppföljning av den nationella folkhälsopolitiken.¹ I förhållande till Folkhälsomyndighetens uppdrag har utredningen ett mer avgränsat uppdrag som endast rör den del av hälsan som kan kopplas till hälso- och sjukvårdens ansvar.

Utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att det finns system för att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Denna verksamhet möter alla barn och unga under uppväxttiden och har ett stort ansvar för att uppmärksamma ohälsa hos barn och unga. En utgångspunkt är att uppföljning av barns hälsa och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är en förutsättning för att utveckla kvaliteten och likvärdigheten i den hälsovård som ges till barn och unga. Det kan också stimulera en utveckling både av mer effektiva och ändamålsenliga insatser för att i ett tidigt skede förebygga ohälsa och behovet av mer fördjupade insatser i vården.

2.2.2 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om informationsdelning

Utredningen har även i uppdrag att föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Vid genomförandet av uppdraget ingår också att beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska det även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Utredningen bedömer att det inom ramen för uppdraget finns behov av att på ett övergripande sätt beskriva vilka förutsättningar som finns i dag för att dela information inom och mellan berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter och huvudmannagränser. Sådana beskriv-

¹ Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).

ningar lämnas framför allt i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, och kapitel 3, Gällande rätt. Inom ramen för utredningens arbete har det däremot inte varit möjligt att göra en fullständig kartläggning av vilka hinder och möjligheter som finns för att stärka informationsdelning för verksamheterna och den enskilde. Utredningen har dock gjort vissa iakttagelser och bedömningar av relevans för frågan. Dessa presenteras i kapitel 5, Förslag och bedömningar.

I denna del av uppdraget har utredningen också tagit del av de förslag och bedömningar som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lagt fram. I delbetänkandet Informationsöverföring i vård och omsorg (SOU 2021:4) lämnar utredningen bland annat förslag som innebär att det ska bli möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Denna utredning bedömer att det inte finns anledning att utveckla nya förslag och bedömningar i denna del innan de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lämnat har genomförts och utvärderats. För mer information om detta se kapitel 5, Förslag och bedömningar.

2.2.3 Några centrala begrepp

Med barn- och ungdomshälsovård avses i betänkandet den hälso- och sjukvård som bedrivs inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser.

Med barn avses varje människa under 18 år. Enligt artikel 1 i barnkonventionen är varje människa under 18 år ett barn om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Eftersom en person blir myndig vid 18 års ålder i Sverige (9 kap. 1 § föräldrabalken) definieras personer i Sverige som är yngre än 18 år som barn enligt barnkonventionen. Begreppet unga är mer svårdefinierat då detta kan omfatta både unga under tiden då personen är ett barn i rättslig bemärkelse och unga vuxna personer.

2.3 Utredningens genomförande

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, SKR och berörda nätverk, huvudmän, professioner och barn och unga.

Till utredningen har en expertgrupp knutits med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän och Bris. Utredningen har hållit tre möten med expertgruppen med anledning av slutbetänkandet. Syftet med dessa möten har varit att diskutera väsentliga teman för utredningen och redovisa och få synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Därutöver har utredningen knutit två referensgrupper till utredningsarbetet i detta slutbetänkande, en med professionsföreträdare och en med patientföreträdare. Referensgruppen för professionsföreträdare har bestått av representanter för Akademikerförbundet SSR, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, eHälsoläkarföreningen, Fysioterapeuterna, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet, NPO Barn och ungas hälsa, NPO Tandvård, NPO Psykisk hälsa och Sveriges Farmaceuter.

Referensgruppen för patientföreträdare har bestått av representanter från Autism- och Aspergerförbundet, Förbundet Unga Rörelsehindrade, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Föreningen Tilia, Maskrosbarn, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Unga reumatiker, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska prematurförbundet, Attention, Unga allergiker, Unga med synnedsättning, Unga med hörselnedsättning och Synskadades Riksförbund.

Utredningen har träffat referensgrupperna för professions- och patientföreträdare vid ett tillfälle med anledning av slutbetänkandets uppdrag. Vid detta tillfälle har relevanta teman för utredningen diskuterats och synpunkter inhämtats på utredningens förslag och bedömningar.

Dessutom har utredningen genomfört ett stort antal bilaterala möten med berörda intressenter inom olika delar av hälso- och sjukvården inklusive elevhälsans medicinska insatser för att få en ökad inblick och kunskap om förutsättningarna inom barn- och ungdomshälsovården.

Samtliga grupperingar har haft stor betydelse för utvecklingen av utredningens förslag och bedömningar.

2.3.1 Utredningens dialoguppdrag

I enlighet med direktivet har utredningen fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med flera företrädare för det civila samhället, SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer samt att diskutera alternativa vägar framåt för att få till stånd en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Ett 50-tal dialogmöten med företrädare för dessa intressenter genomfördes under hösten 2020. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från ett antal frågeställningar där en fråga berörde behovet av statistik när det gäller barns mående och hälsa på nationell nivå. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter och medborgare i Sverige har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt.

2.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av 8 kapitel.

I kapitel 1 redogörs för utredningens författningsförslag.

I kapitel 2 redogörs för utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande.

I kapitel 3 redogör utredningen för gällande rätt som har varit relevant för utredningen att beakta i arbetet med detta slutbetänkande.

I kapitel 4 redogör utredningen för de förutsättningar som i dag finns för uppföljning av barns och ungas hälsa och av barn- och ung-

domshälsovårdens utformning och innehåll samt analyserar brister i uppföljningen. Dessutom redogör utredningen för brister när det gäller informationsdelning inom och mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och i förhållande till den enskilde.

I kapitel 5 redogör utredningen för förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen uppföljning av barns och ungas hälsa och av barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll. Utredningen redogör även för förslag och bedömningar om förutsättningar för en förstärkt informationsdelning.

I kapitel 6 redogör utredningen för ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

I kapitel 7 redogör utredningen för konsekvensanalyser av utredningens förslag.

Slutligen i kapitel 8 återfinns utredningens författningskommentarer.

3 Gällande rätt

3.1 Allmänt om kapitlet

I detta kapitel redogörs för några av de bestämmelser som varit relevanta att beakta i utredningens arbete med detta slutbetänkande. Kapitlet utgör inte en uttömmande beskrivning av regelverken kring uppföljning och informationsdelning inom hälso- och sjukvården, utan ger en översiktlig beskrivning av vissa bestämmelser som utredningen har lagt särskild vikt vid i sitt arbete. I utredningens delbetänkande finns bland annat beskrivningar av delar av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och av Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

3.2 Generell reglering av personuppgiftsbehandling

3.2.1 Allmänt om regleringen av personuppgiftsbehandling

Den enskildes rätt till skydd för sina personuppgifter är en del av skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet, som regleras genom både internationella regelverk och nationell rätt. Relevanta bestämmelser på internationell nivå finns bland annat i bindande rättsakter som tagits fram och beslutats inom Förenta nationerna (FN), Europarådet och den Europeiska unionen (EU). Det finns också relevanta bestämmelser i nationell rätt, däribland i svensk grundlag. Utredningen redogjorde på ett övergripande sätt för relevanta bestämmelser om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet i delbetänkandet.¹

Den generella regleringen av personuppgiftsbehandling inom EU utgörs av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av

¹ SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn för barn och unga*, s. 82.

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, dataskyddsförordningen. På nationell nivå har det införts kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen i lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, som alltså också är en generell reglering i fråga om personuppgiftsbehandling.

Den generella regleringen kompletteras av ett stort antal registerförfattningar, som är särskilt anpassade till vissa typer av verksamheter eller till vissa myndigheter. Registerförfattningarna skiljer sig åt i fråga om såväl utformning och struktur som syfte. Ett exempel på en registerförfattning är patientdatalagen (2008:355), PDL, som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Andra exempel på registerförfattningar är de författningar som rör hälsodataregister.

3.2.2 Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningens syfte

Dataskyddsförordningen antogs den 27 april 2016. Den började tillämpas inom hela EU den 25 maj 2018. Samtidigt trädde dataskyddslagen i kraft i Sverige. Syftet med dataskyddsförordningen är dels att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter, dels att åstadkomma ett fritt flöde av personuppgifter inom unionen (artikel 1.2 och 1.3).

Dataskyddsförordningens tillämpningsområde

Dataskyddsförordningen ska tillämpas på all behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg. Den ska också tillämpas på annan behandling än automatisk behandling av personuppgifter, det vill säga manuell behandling, som ingår i eller kommer att ingå i ett register (artikel 2.1). Det finns dock vissa undantag från dataskyddsförordningens materiella tillämpningsområde. Dataskyddsförordningen ska exempelvis inte tillämpas på behandlingar som utförs av en fysisk person som ett led i verksamhet av rent privat natur (artikel 2.2 c).

Vad gäller det territoriella tillämpningsområdet är dataskyddsförordningen tillämplig på verksamhet som bedrivs av personuppgiftsansvariga som är etablerade i EU, oavsett om själva behandlingen utförs i EU eller inte (artikel 3.1). Dataskyddsförordningen är även tillämplig på behandlingar som utförs av personuppgiftsansvariga som inte är etablerade i EU under vissa förutsättningar (artikel 3.2 och 3.3).

Definition av personuppgift, registrerad och behandling

Med *personuppgift* avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person. En identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras, särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringssuppgift eller online-identifikatorer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet (artikel 4.1). Avgörande för om en uppgift är en personuppgift är att uppgiften, enskilt eller i kombination med andra uppgifter, kan knytas till en levande person.

En identifierad eller identifierbar fysisk person enligt ovan kallas för *registrerad* (se artikel 4.1). Det är alltså den person som personuppgifterna avser. Det kan exempelvis vara barn och unga eller andra patienter i hälso- och sjukvården vars personuppgifter dokumenteras i en journal eller personer vars personuppgifter förekommer i olika typer av register eller studier.

Med *behandling* av personuppgift avses varje åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller inte. Det kan till exempel vara fråga om insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhållande på annat sätt, justering eller sammanförande, begränsning, radering eller förstöring (artikel 4.2).

Principer för behandling av personuppgifter

All behandling av personuppgifter måste följa de grundläggande principer som anges i dataskyddsförordningen. Det innebär att följande ska gälla vid behandling av personuppgifter (artikel 5.1):

- Uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade (led a).
- De ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ytterligare behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 ska inte anses vara oförenligt med de ursprungliga ändamålen (led b).²
- De ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (led c).
- De ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (led d).
- De får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas. Personuppgifter får lagras under längre perioder i den mån som personuppgifterna enbart behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1, under förutsättning att de lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som krävs enligt dataskyddsförordningen genomförs för att säkerställa den registrerades rättigheter och friheter (led e).
- De ska behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olycks-händelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (led f).

² Artikel 5.1 b ger uttryck för principen om *ändamålsbegränsning*. Att personuppgifter får behandlas för ändamål som inte är oförenliga med de ursprungliga ändamålen brukar också kallas för *finalitetsprincipen*.

Den personuppgiftsansvarige ska ansvara för och kunna visa att de ovannämnda principerna efterlevs (artikel 5.2).

Som framgår ovan är ändamålen för behandlingen avgörande för vilka personuppgifter som får behandlas och hur uppgifterna får behandlas enligt de grundläggande principerna. Ett flertal av artiklarna i dataskyddsförordningen i övrigt hänvisar också till ändamålen för behandlingen, exempelvis artiklarna om rätt till information enligt artikel 13 och 14. Det kan noteras att dataskyddsförordningen inte uttrycker någon begränsning av antalet möjliga ändamål för en viss insamling av personuppgifter. Så länge samtliga ändamål är särskilda, uttryckligt angivna och berättigade och behandlingen i övrigt är förenlig med gällande lagstiftning bör det inte finnas något hinder för att personuppgifter samlas in för flera ändamål.

Att ändamålen ska vara *särskilda* innebär att en alltför allmänt hållen ändamålsangivelse inte godtas. Det har i en kommentar till dataskyddsförordningen uttalats att man när det gäller tolkningen av begreppet ”särskilda” kan få viss ledning av kraven i samma artikel på att de personuppgifter som behandlas ska vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen för behandlingen och att de inte är för omfattande i förhållande till ändamålen för behandlingen. Ändamålet måste ha en viss grad av precision, annars kan man knappast bedöma om personuppgifterna är adekvata och relevanta eller om för många personuppgifter behandlas.³

Rättslig grund för behandling av personuppgifter

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten måste det finnas en rättslig grund för behandlingen. Det innebär att minst ett av följande villkor måste vara uppfyllt för att personuppgifter ska få behandlas (artikel 6.1):

- Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (led a).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra ett avtal i vilket den registrerade är part eller för att vidta åtgärder på begäran av den registrerade innan ett sådant avtal ingås (led b).

³ Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, version 1A (JUNO, 2020), kommentaren till artikel 5.

- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (led c).
- Behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (led d).
- Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (led e).⁴
- Behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (led f).⁵

Den rättsliga förpliktelsen enligt artikel 6.1 c samt arbetsuppgiften av allmänt intresse och myndighetsutövningen enligt artikel 6.1 e ska ha stöd i EU-rätten eller den nationella rätten (artikel 6.3).

Behandling av känsliga personuppgifter

Vissa typer av personuppgifter är som huvudregel förbjudna att behandla. Det gäller personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning (artikel 9.1). Dessa kallas i dataskyddsförordningen för särskilda kategorier av personuppgifter. I dataskyddslagen kallas de för känsliga personuppgifter (3 kap. 1 § dataskyddslagen). Utredningen använder här det sistnämnda begreppet.

När det gäller uppgift om *hälsa* definieras det i dataskyddsförordningen som personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårds-

⁴ Av skälen till dataskyddsförordningen följer att allmänintresset bland annat inbegriper hälso- och sjukvårdsändamål, folkhälsa, socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster (skäl 45).

⁵ Denna grund ska dock inte gälla för behandling som utförs av offentliga myndigheter när de fullgör sina uppgifter.

tjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus (artikel 4.15). Detta innebär, enligt dataskyddsförordningens skäl, uppgifter om den registrerade som insamlats i samband med registrering för eller tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster (skäl 35). Uppgifter om hälsa kan exempelvis vara ett nummer, en symbol eller ett kännetecken som den registrerade tilldelats för att identifiera denne för hälso- och sjukvårdsändamål (skäl 35). Det kan också vara uppgifter som härrör från tester eller undersökning av en kroppsdel eller kroppssubstans, däribland genetiska uppgifter och biologiska prov (skäl 35). Också uppgifter om exempelvis sjukdom, funktionsnedsättning, sjukdomsrisk, sjukdomshistoria, klinisk behandling eller den registrerades fysiologiska eller biomedicinska tillstånd anges som exempel på uppgifter om hälsa i skälen till dataskyddsförordningen (skäl 35). I skälen nämns även uppgifter i läkarjournaler med till exempel diagnoser, undersökningsresultat, bedömningar av behandlande läkare och eventuella vårdbehandlingar eller interventioner som exempel på uppgifter om hälsa (skäl 63).

Det finns några undantag som möjliggör behandling av känsliga personuppgifter i vissa fall. Förbudet hindrar till exempel inte att känsliga personuppgifter behandlas om behandlingen är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt. Det viktiga allmänna intresset ska stå i proportion till det eftersträfvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g).

Känsliga personuppgifter får också behandlas om det är nödvändigt av skäl som hör samman med

- förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin,
- bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet,
- medicinska diagnoser,
- tillhandahållande av hälso- och sjukvård,
- behandling,
- social omsorg, eller
- förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system (artikel 9.2 h).

En förutsättning för att behandla personuppgifter om det är nödvändigt av ovanstående skäl är att det sker på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Ytterligare en förutsättning är att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt (artikel 9.2 h samt 9.3). I dataskyddslagen finns en bestämmelse som ger ett rättsligt stöd för att behandla känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h (3 kap. 5 § dataskyddslagen).

Det finns även vissa undantag utöver de ovannämnda som möjliggör behandling av känsliga personuppgifter (se artikel 9.2).

Den registrerades rättigheter och andra bestämmelser

Den registrerade har ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningen. I dataskyddsförordningen regleras bland annat den registrerades rätt till information (artikel 13 och 14), rätt till tillgång till personuppgifterna som behandlas om honom eller henne (så kallat registerutdrag) (artikel 15), rätt till rättelse (artikel 16), rätt till radering (artikel 17), rätt till begränsning av behandlingen (artikel 18), rätt att få ut och använda sina personuppgifter på annat håll (så kallad dataportabilitet) (artikel 20), rätt att göra invändningar (artikel 21) och rätt att inte bli föremål för ett beslut som enbart grundas på någon form av automatiserat beslutsfattande (artikel 22). I respektive artikel preciseras under vilka förutsättningar de olika rättigheterna gäller.

Dataskyddsförordningen innehåller dessutom ett flertal andra bestämmelser om förutsättningarna för personuppgiftsbehandling, bland annat bestämmelser med krav på informationssäkerhet och bestämmelser om personuppgiftsbiträden, dataskyddsombud och överföringar av personuppgifter till tredje land.

Behandling av personuppgifter om barn

I skälen till dataskyddsförordningen anges att personuppgifter om barn är särskilt skyddsvärda, eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter (skäl 38). Dataskyddsförordningen innehåller därför vissa särskilda bestämmelser

rörande behandling av personuppgifter om barn. Det finns till exempel ett krav på att anpassa information om personuppgiftsbehandling till barn (artikel 12.1). I skälen anges att all information och kommunikation som riktar sig till barn bör utformas på ett tydligt och enkelt språk som barnet lätt kan förstå, eftersom barn förtjänar särskilt skydd (skäl 58).

3.3 Hälsodataregister

3.3.1 Lagen (1998:543) om hälsodataregister

Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får en central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Den centrala förvaltningsmyndighet som utför behandlingen av personuppgifter är personuppgiftsansvarig (1 § lagen om hälsodataregister). Med central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården avses myndighet som enligt sin instruktion har ett ansvar för en eller flera verksamheter inom området.⁶ Socialstyrelsen är ett exempel på en sådan myndighet.

Uppgifter i hälsodataregister får endast behandlas för ändamålen; framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ett hälsodataregister får endast innehålla de uppgifter som behövs för dessa ändamål. (3 och 4 §§ lagen om hälsodataregister) Det är av vikt att registerinnehållet anges klart och så avgränsat som möjligt. Uppgifter som inte kan hänföras till registrets ändamål är inte tillåtna.⁷ Enskilda hälsodataregister, deras innehåll, med mera regleras i förordningar (12 § lagen om hälsodataregister).

Som sökbegrepp i ett hälsodataregister får användas de uppgifter som får ingå i ett hälsodataregister (7 § lagen om hälsodataregister).

Den som är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i ett hälsodataregister får för de tillåtna ändamålen hämta personuppgifter till registret genom samkörning (5 § lagen om hälsodataregister). Det innebär att det är möjligt med överföring av uppgifter från ett annat hälsodataregister samt från vårdregister och andra lokalt eller regionalt förda personregister inom hälso- och sjuk-

⁶ Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister*, s. 89.

⁷ Prop. 1997/98:108, s. 91.

vården. Vidare kan uppgifter hämtas från befolkningsregister förda vid till exempel Statistiska Centralbyrån.⁸

Det är endast den som är personuppgiftsansvarig som får ha direktåtkomst till uppgifter i ett hälsodataregister (8 § lagen om hälsodataregister).

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de tillåtna ändamålen (6 § lagen om hälsodataregister). Uppgiftsskyldigheten gäller för alla som är ansvariga för verksamhet inom den regionala och lokala hälso- och sjukvården, det vill säga regioner, kommuner och privata vårdgivare.⁹

Uppgifterna som finns i hälsodataregistren omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Enligt denna bestämmelse är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna inte får lämnas ut. Undantag från sekretess finns när det gäller uppgifter som behövs för forskning och statistikändamål. I dessa fall kan uppgifter lämnas ut om det står klart att de kan röjas utan att den enskilde individen som uppgifter rör eller någon närstående lider skada eller men.

3.3.2 Förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Socialstyrelsen får föra hälsodataregister i form av ett patientregister (1 § förordningen [2001:707] om patientregister hos Socialstyrelsen). Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar (3 §). I patientregister får sådana personuppgifter behandlas som rör patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården, behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården (4 § första stycket).

⁸ Prop. 1997/98:108, s. 91.

⁹ Prop. 1997/98:108, s. 91.

Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum (4 § andra stycket).

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska lämna sådana uppgifter som avses i första punkten till patientregistret och Statistiska centralbyrån ska lämna de personuppgifter som avses i andra punkten till patientregistret (6 §).

Socialstyrelsen ska lämna information till den registrerade om innebörden och omfattningen av det sekretess- och säkerhetsskydd som gäller för registret, och vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Socialstyrelsen ska även informera allmänheten om registret på lämpligt sätt (7 §).

3.4 Kvalitetsregister

Hanteringen av personuppgifter som samlas in från flera vårdgivare och behandlas i nationella eller regionala kvalitetsregister regleras i 7 kap. patientdatalagen (2008:355), PDL.

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 1 § PDL). Med vård avses individinriktad patientverksamhet, det vill säga vård, undersökning och behandling inom hälso- och sjukvården. Det handlar således i första hand om att följa upp medicinsk och annan kvalitet i själva vårdinsatserna.¹⁰ Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå (7 kap. 1 § PDL).

¹⁰ Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 179.

För att få registrera uppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister krävs att patienten inte motsatt sig det (7 kap. 2 § PDL). För personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till om hans eller hennes personuppgifter får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister får personuppgifter behandlas i ett kvalitetsregister om

- hans eller hennes inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och
- det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen (7 kap. 2 a § PDL).

Innan uppgifterna registreras är den personuppgiftsansvarige skyldig att lämna patienten utförlig information om den hantering av personuppgifter som gäller för det aktuella kvalitetsregistret (7 kap. 3 § och 8 kap. 6 § PDL).

Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får primärt behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § PDL). Det primära ändamålet måste i sin tur brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som avses täckas med registret.¹¹

Endast sådana personuppgifter som behövs för det primära ändamålet kvalitetssäkring av vård får tas in i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. Vidare får den registrerades personnummer eller namn behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister endast om det för kvalitetssäkringsändamålet inte är tillräckligt att använda kodade personuppgifter eller personuppgifter som endast indirekt kan hänföras till den enskilde. Uppgifter om hälsa får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister. Andra känsliga personuppgifter, så som uppgifter om ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse,¹² får behandlas endast om regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i enskilda fall medger det. Känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt. (7 kap. 8 § PDL)

¹¹ Prop. 2007/08:126, s. 179.

¹² Prop. 2007/08:126, s. 261.

Tolkningen av vad som behövs för ändamålet kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdsverksamhet kan ske inom ganska vida ramar men personuppgifter som inte direkt behövs för kvalitetssäkringsändamål utan enbart skulle vara bra att ha i framtida forskningsprojekt får inte samlas in.¹³

De personuppgifter som samlats in för det primära ändamålet enligt 7 kap. 4 § patientdatalagen får även behandlas för något av följande, sekundära ändamål (7 kap. 4 § PDL).

- Framställning av statistik,
- forskning inom hälso- och sjukvården,
- utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1 och 2 eller i 4 §, och
- fullgörande av någon annan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning än den som anges i 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter i kvalitetsregister får inte behandlas för andra än dessa uppräknade primära och sekundära ändamål (7 kap. 6 § PDL). Om den enskilde har lämnat ett särskilt och uttryckligt samtycke till en personuppgiftsbehandling för andra ändamål är sådan behandling dock tillåten (2 kap. 3 § första stycket PDL).

När personuppgifter registreras i ett kvalitetsregister innebär det att uppgifterna lämnas ut från den inrapporterande vårdgivaren till den mottagande aktören. För att möjliggöra detta utlämnande har det införts en bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen (OSL) som bryter sekretessen när uppgifter lämnas till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister enligt patientdatalagen (25 kap. 11 § 4 OSL).

Personuppgiftsansvaret för behandling i nationella kvalitetsregister kan delas i två nivåer. För den personuppgiftsbehandling som vårdgivare utför när de samlar in och registrerar uppgifter till ett nationellt kvalitetsregister, ansvarar respektive vårdgivare enligt den allmänna principen i 2 kap. 6 § första stycket patientdatalagen. När det gäller ansvaret för att föra kvalitetsregistret som sådant anges att endast myndigheter inom hälso- och sjukvården får vara personuppgiftsansvariga för central behandling av personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister (7 kap. 7 § PDL).

¹³ Prop. 2007/08:126, s. 185.

Patientdatalagen medger att en vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren lämnat till ett regionalt eller nationellt kvalitetsregister. Direktåtkomsten kan användas av den inrapporterande vårdgivaren för att lokalt arbeta med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (7 kap. 9 § PDL).

Personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister ska gallras när de inte längre behövs för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 10 § första stycket PDL). Kravet på gallring är uppfyllt om personuppgifterna avidentifieras så att de inte längre kan knytas till den enskilde.¹⁴ En arkivmyndighet inom en region eller en kommun till vilken den personuppgiftsansvariga myndigheten hör får dock föreskriva att personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister som förs inom regionen eller kommunen får bevaras för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål (7 kap. 10 § andra stycket PDL). Det krävs alltså ett aktivt ställningstagande på central nivå hos en eller flera sjukvårdshuvudmän för att föreskriven gallring ska kunna underlätas.¹⁵

För det fall ett kvalitetsregister, efter föreskrift av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt, förs av någon annan personuppgiftsansvarig än en myndighet i kommun eller region, får regeringen eller myndigheten också föreskriva längre bevarandetid för historiska, statistiska eller vetenskapliga syften (7 kap. 10 § tredje stycket PDL).

3.5 Sammanhållen journalföring

Reglerna om sammanhållen journalföring innebär att olika vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Genom systemet med sammanhållen journalföring får sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna möjlighet att på frivillig väg bygga upp system för elektroniskt utlämnande i gemensamma databaser eller andra gränsöverskridande informationssystem för vårddokumentation.¹⁶

¹⁴ Prop. 2007/08:126, s. 262.

¹⁵ Prop. 2007/08:126, s. 194.

¹⁶ Prop. 2007/08:126, s. 105.

Syftet med sammanhållen journalföring är att, med bibehållet integritetsskydd, öka patientsäkerheten genom enkel och snabb tillgång till information. Det handlar om att reducera risker för enskilda patienter i form av till exempel felmedicineringar eller andra felbehandlingar, men även om att inte utsätta patienter för onödiga undersökningar, provtagningar, med mera.¹⁷

Vid sammanhållen journalföring dokumenterar varje vårdgivare uppgifter i sin egen journal. Det är alltså inte en gemensam journalhandling. Däremot tillåter sammanhållen journalföring vårdgivare att genom direktåtkomst ta del av varandras dokumenterade uppgifter.

Utmärkande för sammanhållen journalföring är att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga för den mottagande vårdgivaren utan att den vårdgivare som gjort uppgifterna tillgängliga behöver göra en sekretessprövning i det enskilda fallet. Bestämmelser som bryter sekretessen hos en vårdgivare som gör uppgifter tillgängliga respektive som föreskriver sekretess hos en vårdgivare som tar emot uppgifterna genom sammanhållen journalföring har tagits in i 25 kap. 11 § 3 och 25 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen.

Hur uppgifterna får behandlas i system med sammanhållen journalföring regleras i 6 kap. patientdatalagen. Patientdatalagen ställer upp ett antal förutsättningar för att vårdgivaren ska få göra patienters uppgifter tillgängliga i system med sammanhållen journalföring (6 kap. 2 § PDL). Enligt huvudregeln gäller att följande förutsättningar ska vara uppfyllda.

- Vårdgivaren är skyldig att informera patienten om vad sammanhållen journalföring innebär. Sådan information ska lämnas innan uppgifterna görs tillgängliga i system med sammanhållen journalföring.
- Patienten har rätt att – efter att ha blivit informerad – motsätta sig att vårddokumentation om honom eller henne görs tillgänglig för andra vårdgivare genom direktåtkomst. Det krävs därmed inte något aktivt samtycke i detta första skede, utan regleringen är uppbyggd som en rätt att motsätta sig.
- Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring ska vårdgivaren spärra uppgifterna så att de inte är tillgängliga för andra vårdgivare genom direktåtkomst.

¹⁷ Prop. 2013/14:202 Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården, s. 10.

- Om patienten inte motsätter sig detta, får vårddokumentation om honom eller henne göras tillgänglig genom direktåtkomst. Detta kallas ospärrade uppgifter. Dessa uppgifter finns då potentiellt tillgängliga för andra vårdgivare.

Från huvudregeln om att patienten själv styr vilka uppgifter som ska göras tillgängliga för andra vårdgivare har det gjorts undantaget att en vårdnadshavare till ett barn inte har rätt att spärra sitt barns patientuppgifter (6 kap. 2 § fjärde stycket PDL). Denna bestämmelse infördes på grund av risken för att vårdpersonalen inte upptäcker barn som far illa om en vårdnadshavare skulle kunna spärra uppgifter i sina barns journal. Skyddet för barnet ansågs därför väga tyngre än skyddet för den enskildes, i detta fall barnets, integritet. I takt med barnets stigande ålder och mognad får dock barnet själv spärra uppgifterna.¹⁸

För att en vårdgivare som är ansluten till ett system med sammanhållen journalföring ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga krävs att

- uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med,
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, och
- patienten samtycker till det (6 kap. 3 § första stycket PDL).

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

- uppgifterna rör en patient som det finns eller har funnits en patientrelation med,
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att utfärda ett vårdintyg, och
- patienten samtycker till det (6 kap. 3 § andra stycket PDL).

Eftersom vårdnadshavare inte får spärra sina barns uppgifter ställs det inte heller något krav på att samtycke ska ges av barnets vårdnadshavare för möjlighet att ta del av andra vårdgivares vårddokumentation.¹⁹

¹⁸ Prop. 2007/08:126, s. 115.

¹⁹ Prop. 2007/08:126, s. 116.

Vårdgivare har möjlighet att i en akut nödsituation forcera en spärr i journalen vid en situation där patienten själv inte kan ge sitt medgivande, men där de spärrade uppgifterna i journalen behövs för att kunna rädda patientens liv eller om det annars föreligger allvarlig risk för patientens hälsa. Detsamma gäller även för ospärrade uppgifter i fall där det föreligger en akut nödsituation och patientens samtycke inte kan inhämtas. (6 kap. 4 § PDL)

Patientdatalagen innehåller även bestämmelser som reglerar under vilka förutsättningar vårdgivare får behandla uppgifter om patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till sammanhållen journalföring (se 6 kap. 2 a och 3 a §§ PDL).

3.6 Sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården

3.6.1 Sekretess

Allmänt om sekretess inom hälso- och sjukvården

Sekretess inom hälso- och sjukvården gäller för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdssekretessen gäller alltså med ett så kallat omvänt skaderekvisit, det vill säga att det finns en presumtion för att uppgifterna inte ska lämnas ut. Vid en begäran om att få ta del av uppgifterna måste därför en prövning göras utifrån bestämmelsen, en så kallad skade- och menprövning. Vid en sådan ska den utlämnande myndigheten bedöma om uppgiften kan hänföras till en enskild och om det innebär skada och men för den enskilde eller dennes närstående om uppgiften lämnas ut. Vid denna prövning ska samtliga omständigheter i det enskilda fallet beaktas, exempelvis vem mottagaren är och vad han eller hon har för avsikt med uppgifterna.²⁰

²⁰ Prop. 1979/80:2 med förslag till sekretesslag m.m., Del A, s. 82.

Innebörden av sekretessen och vilka den riktar sig till

Att det råder sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen eller genom att lämna ut en allmän handling, eller på annat sätt (3 kap. 1 § OSL).

En sekretessbelagd uppgift får inte röjas för enskilda, det vill säga en fysisk eller juridisk person utanför den offentliga sektorn, eller för andra myndigheter, om annat inte sägs i offentlighets- och sekretesslagen eller i lag eller förordning som offentlighets- och sekretesslagen hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). En sekretessbelagd uppgift får inte heller röjas mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 2 § OSL).

Förbudet att röja uppgifter riktar sig både till myndigheten som sådan och till dess personal, samt till vissa andra (2 kap. 1–5 §§ OSL). Sekretess gäller alltså som huvudregel för myndigheter och dess personal, det vill säga att den hälso- och sjukvård som berörs är den som är offentligt bedriven. Sekretess gäller dock inte för helt privata vårdgivare eller dess personal, utan i sådan verksamhet gäller i stället tystnadsplikt, se avsnitt 3.6.2.

Otillåtet röjande av en sekretessbelagd uppgift är straffsanktionerat som brott mot tystnadsplikt (20 kap. 3 § brottsbalken).

Vissa sekretessbrytande bestämmelser och undantag

Även fast det finns en presumtion för sekretess, kan uppgifter om en enskild inom hälso- och sjukvården lämnas ut under vissa förutsättningar. Det gäller om någon sekretessbrytande bestämmelse eller bestämmelse om undantag från sekretess lämnar ett sådant utrymme.²¹ I 10 kap. offentlighets- och sekretesslagen finns ett antal sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från sekretess som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården under vissa förutsättningar. Undantag gäller bland annat om den enskilde själv samtycker till utlämnande av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för den enskilde själv (se 10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

Sekretess hindrar exempelvis inte heller att en uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna

²¹ Det finns ett flertal sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från sekretess, varav endast ett urval redovisas här.

fullgöra sin verksamhet (10 kap. 2 § OSL). Den bestämmelsen ska tillämpas restriktivt, och avsikten är inte att man av rena effektivitets-skäl ska kunna bryta sekretessen med stöd av den bestämmelsen.²²

Sekretess hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (10 kap. 28 § OSL). Inom hälso- och sjukvården följer uppgiftsskyldighet av bestämmelser i ett antal lagar och förordningar.²³

Även 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen innehåller sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar exempelvis inte att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun eller från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en region till en annan sådan myndighet i samma region (25 kap. 11 § 1 och 2 OSL). Dessa undantag från sekretessen gör det möjligt för kommuner och regioner att fritt välja sin organisation utan hänsyn till att sekretess i princip råder mellan myndigheter.

Sekretessbelagda uppgifter får även lämnas ut om det sker i enlighet med bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 3 OSL).

Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar heller inte att en uppgift om vissa enskilda eller närstående till dessa lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd (25 kap. 12 § OSL). De enskilda som avses är barn, personer med missbruksproblem, patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, samt väntade barn som behöver skydd under graviditeten.

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar hälso- och sjukvårdssekretessen inte heller att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verk-

²² Prop. 1979/80:2, Del A, s. 465.

²³ Se till exempel 6 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

samhet på socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). Denna sekretessbrytande bestämmelse ska endast tillämpas i undantagsfall och inte rutinmässigt. I första hand ska den enskildes samtycke inhämtas om det är möjligt.

Sekretess i förhållande till den enskilde själv

Sekretess till skydd för en enskild gäller inte i förhållande till den enskilde själv, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 1 § OSL). En enskild har därmed som huvudregel rätt att ta del av de uppgifter som gäller denne själv. När det gäller uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvård kan dock uppgifter i vissa undantagsfall hemlighållas även för den enskilde själv. Sekretessen enligt 25 kap. 1–5 §§ offentlighets- och sekretesslagen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne (25 kap. 6 § OSL).

Särskilt om sekretess i förhållande till barn och deras vårdnadshavare

Ett barn står under vårdnad av båda föräldrarna eller en av dem, om inte rätten har anförtrott vårdnaden åt en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare eller åt en tillfällig vårdnadshavare. Vårdnaden om ett barn består till dess att barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § föräldrabalken). Huvudregeln är att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § föräldrabalken).²⁴ Om barnet har två vårdnadshavare ska de som huvudregel utöva bestämmanderätten över barnet tillsammans, men bestämmanderätten kan utövas av den ene vårdnadshavaren ensam under vissa förutsättningar. Beslut av ingripande betydelse för barnets framtid får

²⁴ Det följer också av patientlagen att barnets inställning till sin egen vård så långt som det går ska klarläggas och tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen [2014:821]).

dock inte fattas av den ene vårdnadshavaren ensam, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § föräldrabalken).

Sekretess till skydd för barnet gäller även i förhållande till dennes vårdnadshavare (12 kap. 3 § OSL). Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen. Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren, förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över sekretessen till skydd för barnet. Av förarbeten till en motsvarande bestämmelse som gällde enligt den tidigare sekretesslagen framgår att föräldrarnas skyldighet att sörja för och utöva uppsikt över barnen motiverade att föräldrarna gavs tillgång till sekretessbelagda uppgifter om barnen. Det ansågs dock att föräldrarna, när barnet har uppnått en viss mognad och utveckling i övrigt, inte längre kan göra anspråk på att få veta vad barnet har berättat för till exempel en läkare. Någon åldersgräns finns inte angiven till ledning för denna bedömning, utan hänsyn måste tas till barnets mognad och utveckling i övrigt. Det anges också att det kan förekomma fall där det av hänsyn till barnets bästa kan vara befogat att inte lämna ut vissa uppgifter till vårdnadshavarna, även om det är fråga om ganska små barn.²⁵

Om ett barn uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över sekretessen kan barnet själv välja att efterge sekretessen gentemot sina vårdnadshavare eller någon annan (12 kap. 2 § OSL).

Vissa andra sekretessbestämmelser kan vara relevanta

Utöver hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, finns ett antal ytterligare sekretessbestämmelser att beakta inom hälso- och sjukvården. Bland annat gäller sekretess för personuppgift, om det kan antas att uppgiften efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med gällande dataskyddsreglering (21 kap. 7 § OSL).

²⁵ Prop. 1981/82:186 om *ändring i sekretesslagen (1980:100)*, m.m., s. 36.

3.6.2 Tystnadsplikt

Som anges ovan gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen som huvudregel endast för myndigheter och dess personal och under vissa förutsättningar för kommunala företag och vissa andra (2 kap. 1–5 §§ OSL). Privata vårdgivare och dess personal omfattas alltså inte av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen. Däremot finns bestämmelser om tystnadsplikt för den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen i den enskilda hälso- och sjukvården som i stort sett motsvarar vad som gäller i fråga om sekretess inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården (6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]). Det har i förarbeten framförts att tystnadsplikten i princip borde vara densamma för all hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett om den arbetar inom allmän eller enskild hälso- och sjukvård.²⁶

3.6.3 Något om inre sekretess

Ovan beskrivs förbudet att röja sekretessbelagda uppgifter till enskilda, andra myndigheter och andra självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet. Även reglerna om tystnadsplikt har berörts. I sammanhanget bör det dock nämnas att det även inom ett och samma sekretess- eller tystnadspliktsområde finns vissa begränsningar när det gäller hur uppgifter får delas, genom så kallad inre sekretess. Den inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Bestämmelsen är teknikoberoende och alltså tillämplig på såväl manuellt som elektroniskt behandlade uppgifter om en patient. Bestämmelsen gäller både inom den offentliga och den enskilt bedrivna hälso- och sjukvården.

²⁶ Se till exempel prop. 1980/81:28 om *följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkeringen*, s. 23 och prop. 1981/82:186, s. 26.

4 Bakgrund, problembild och analys

En central förutsättning för att uppnå en sammanhållen, god och nära vård för barn och unga är att relevant information kan delas inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga. Informationen behöver också kunna användas för uppföljning av barns och ungas hälsa och för att säkra verksamheternas kvalitet. Den information som det i regel handlar om är hälsouppgifter om barnet eller den unge som finns i patientjournalen. Information som dokumenteras i patientjournalen används primärt i vården och behandlingen av patienten, och syftar i första hand till att bidra till en god och säker vård (3 kap. 2 § första stycket patientdatalagen [2008:355]). Patientjournalen är även en informationskälla för till exempel patienten själv, uppföljning och utveckling av verksamheten och forskning (3 kap. 2 § andra stycket patientdatalagen). Hälsouppgifterna i patientjournalen är grundläggande för att på ett effektivt och säkert sätt kunna följa upp barns och ungas hälsa och för att följa upp vårdens utformning och innehåll.

Det pågår en mängd insatser på nationell, regional och lokal nivå för att stärka uppföljningen och informationsdelningen i hälso- och sjukvården. Utredningen har ingen ambition att beskriva allt detta arbete. I detta kapitel redogör utredningen för de huvudsakliga förutsättningarna som finns för informationsdelning inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga och vilka huvudsakliga förutsättningar som finns för att följa upp barns och ungas hälsa och det hälsofrämjande arbete som bedrivs inom ramen för barn- och ungdomshälsovården.

4.1 Det finns ingen heltäckande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa

Begreppet hälsa är inte entydigt och får ofta sin betydelse utifrån sammanhanget

Hälsa som begrepp har en bred betydelse, och används i viss mån olika beroende på sammanhang. Hälsa definieras ofta som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada, baserat på WHO:s definition. Hälsa kan alltså stå för både ett allmänt positivt välbefinnande och en motsats till sjukdom. Begreppet hälsa kan dock även används i flera andra betydelser, både i det allmänna språket och inom vård och omsorg. Begreppet får ofta sin betydelse utifrån sammanhanget.¹

Vad som avses med uppgift om hälsa i dataskyddsregleringens mening har beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt. Där framgår att uppgifter om hälsa, enligt dataskyddsförordningen², avser personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, vilka ger information om dennes hälsostatus. Uppgifter om hälsa kan exempelvis vara diagnos, sjukdom, funktionsnedsättning, sjukdomsrisk, klinisk behandling eller en symbol som den registrerade tilldelats för att identifiera denne för hälso- och sjukvårdsändamål. Det kan också vara uppgifter som härrör från tester eller undersökning av en kroppsdel eller kroppssubstans, däribland genetiska uppgifter och biologiska prov.

Uppföljning är en förutsättning för att främja hälsa, förebygga sjukdom och att tillgodose barns och ungas vårdbehov

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger också själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det visar till exempel Folkhälsomyndighetens enkätstudie om skolbarns hälsovanor, bland 11-, 13- och 15-åringar.³ Samtidigt rapporteras även om ojämlikheter i hälsa hos barn och unga, på grund av olika livs-

¹ Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank*, 2016, <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv> (hämtad 2021-08-20).

² 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.

³ Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport* (2018).

villkor och skilda möjligheter. Det finns också tydliga tecken på att ojämlikheterna ökar.⁴

Många långvariga hälsoproblem, sjukdomar och andra svårigheter i vuxenlivet uppstår under barndomen, och en stor del av dessa sjukdomar och hälsoproblem kan förebyggas och lindras genom tidiga insatser. Uppföljning av barns och ungas hälsoutveckling är en förutsättning för att kunna planera och utveckla hälso- och sjukvårdens och även tandvårdens utformning och innehåll, så att barns och ungas vårdbehov kan tillgodoses. Det krävs både för att kunna främja en god hälsa och för att kunna förebygga att skillnader i hälsa hos barn och unga uppstår. Det handlar om att kunna följa upp om de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges är ändamålsenliga och vilken effekt de har för barns och ungas hälsoutveckling. Det förutsätter tillgång till data från den lokala, regionala och nationella nivån. Uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling kan också ligga till grund för politiska beslut om styrnings-, inriktnings- och kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården samt forsknings- och utvecklingsprojekt med mera.

Sverige har på många sätt varit och är världsledande när det gäller utvecklingen och användningen av olika kvalitetsregister, hälsodataregister och andra register. De svenska hälsodataregistren har samlat jämförbara longitudinella och personnummerbaserade data från befolkningen sedan flera decennier tillbaka. Trots detta brister möjligheterna att följa barns och ungas hälsoutveckling.

Det finns till exempel ingen fullt utvecklad datakälla för att följa små barns hälsa i allmänhet på nationell, regional och lokal nivå.⁵

Skoltiden är en stor del av barns och ungas uppväxt, men inte heller för denna period finns någon fullt utvecklad datakälla. När det gäller barn och unga som inte studerar saknas helt systematisk uppföljning av deras hälsa, eftersom elevhälsans medicinska insatser enbart riktar sig till och följer elever i grundskolan och gymnasieskolan och vissa andra skolformer (2 kap. 25 § skollagen [2010:800]).

Information om hur barn och unga mår finns spridd i olika typer av datakällor. Vissa uppgifter om barns och ungas hälsa finns i register av olika slag och genom tillfälliga eller regelbundna undersökningar

⁴ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁵ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

som enkätundersökningar eller insamling av data från vårdgivare. Det saknas dock möjlighet att på aggregerad nivå följa hälsoutvecklingen under hela uppväxten. Det leder till att det blir svårare att identifiera och förstå samband mellan barns och ungas hälsotillstånd och hälsoutfall senare under uppväxten och i vuxen ålder.

Det krävs personnummerbundna uppgifter som kan länkas från nationella datakällor för att det ska vara möjligt att följa samma barngrupps hälsa från småbarnsåren till skolåldern, och att göra jämförelser ur ett jämlikhetsperspektiv.⁶

Mycket information finns också dold i patientjournaler, och är därmed inte tillgängliggjord för uppföljning. Till exempel innehåller barnhälsovårdens journaler information om barns längd och vikt, kognitiva utveckling, hälsotillstånd, och uppgifter om amning och rökning i hemmet. På motsvarande sätt innehåller elevhälsans journaler information om skolbarns fysiska och psykiska hälsa samt fysisk aktivitet. WHO har konstaterat att barnhälsovårdens och elevhälsans journaler är en outnyttjad resurs i arbetet med att följa upp till exempel övervikt och fetma i Sverige.⁷

Det är också svårt att fullt ut följa upp de folkhälsopolitiska målen för barn och unga, när informationen från hälso- och sjukvården om barns och ungas hälsa inte finns tillgänglig i nationella register. Det folkhälsopolitiska ramverket består av ett övergripande, nationellt folkhälsopolitiskt mål och åtta målområden. Det övergripande målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Ett av målområdena rör en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Målområdet sätter fokus på behovet av hälsofrämjande och förebyggande arbete och att behandling bör utgå från individens behov och möjligheter, som en förutsättning för god och jämlik vård.⁸ Uppföljningen bör kunna användas av regioner och kommuner för att det ska bli ett effektivt folkhälsoarbeta. Därför behövs indikatorer som är möjliga att bryta ner ända till lokal

⁶ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁷ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁸ Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsomål och målområden*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden (hämtad 2021-05-06).

nivå. Det är datatillgången och kvaliteten på datakällan som avgör om indikatorerna går att bryta ner på regioner och kommuner.⁹

Därutöver bedömer utredningen att barn och unga behöver göras delaktiga i uppföljningen, både av barns och ungas hälsa och verksamheternas kvalitet. Det kan till exempel gälla vid utvecklingen av självrapporterade eller andra mått som avser barns och ungas hälsa och hälsofrämjande insatser. Tillgång till barns och ungas perspektiv, på vad som är värdefullt att följa upp, kan bidra till att mer ändamålsenliga variabler och indikatorer tas fram. Detta överensstämmer med utredningens bedömningar i delbetänkandet (SOU 2021:34) om att barn och unga behöver vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3). Barns och ungas kunskaper och erfarenheter kan tillföra nya perspektiv och bidra till att hälso- och sjukvård i högre grad utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov.¹⁰

4.1.1 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella register

Information om barns och ungas hälsa finns i viss utsträckning i hälsodataregister och kvalitetsregister. Registren har olika förutsättningar för vilken information som kan ingå och hur informationen kan användas. Nedan redogörs för möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via hälsodataregister och kvalitetsregister.

Möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via hälsodataregister

Hälsodataregister med personnummerbundna uppgifter finns för i princip alla barns och ungas tillstånd vid födseln, vaccinationer, läkemedelsbehandlingar, sjukdomar som behandlas vid sjukhusens slut- och öppenvård och dödsorsaker samt vissa insatser i kommuner. Hälsodataregistren bygger, med undantag från det medicinska födelseregistret, på diagnos och innehåller enbart uppgifter om hälsa som är

⁹ Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).

¹⁰ SOU 2021:34, s. 303 ff.

kopplade till diagnos, vilket har framkommit i dialog med Socialstyrelsen.

De svenska hälsodataregistren är unika då de rymmer många individer och har funnits i många år, vissa sedan 1950-talet. Det är obligatoriskt för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården att lämna uppgifter till hälsodataregister utifrån registrets ändamål (6 § lagen [1998:543] om hälsodataregister). Det innebär att hälsodataregistren ger en fullständig nationell täckningsgrad. Hälsodataregistren är dock inte heltäckande i den mening att de innehåller uppgifter från alla olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det finns flera olika hälsodataregister och dess närmare innehåll styrs av olika förordningar (12 § lagen om hälsodataregister). I dag finns till exempel inte uppgifter om patienter som behandlats inom primärvården i patientregistret (4 § förordningen [2001:707] om patientregister hos Socialstyrelsen).

Personuppgifter i hälsodataregistren får användas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården samt forskning och epidemiologiska undersökningar (3 § lagen om hälsodataregister). Till skillnad från kvalitetsregistren, som beskrivs närmare under avsnitt 4.3.2, är uppgifterna i hälsodataregistren inte tillgängliga för lokalt och regionalt förbättringsarbete, eftersom uppgifterna i hälsodataregister skyddas av statistiksekretess (24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]).

Eftersom hälsodataregistren får innehålla personnummer finns förutsättning för samkörning mellan olika register när så är tillåtet, för att få en mer heltäckande bild av hälsoläget i befolkningen, både i dagsläget och hur det har utvecklats över tid. Registreringen görs av personal i hälso- och sjukvården, och regionerna rapporterar uppgifterna till den myndighet som förvaltar registren, i de flesta fall Socialstyrelsen.¹¹

Nedan beskrivs de hälsodataregister som utredningen bedömer är mest relevanta utifrån utredningens uppdrag. Utöver dessa finns tre hälsodataregister som inte är avgränsade i ålder och därmed också innehåller uppgifter om barn och unga: cancerregistret, läkemedelsregistret och registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Dessutom finns ett tandhälsoregister, men detta omfattar inte barn och unga mellan 0 och 23 år.¹²

¹¹ Socialstyrelsen, *Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård* (2019).

¹² Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/tandhalsoregistret/ (hämtad 2021-06-10).

Patientregistret

Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister och innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i sluten och specialiserad öppen hälso- och sjukvård. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987, den specialiserade öppenvården tillkom 2001. Syftet med registret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen över lång tid, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar, bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling och att följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamheter. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Patientregistret omfattar även väntetider på akutmottagningar vid sjukhus samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Uppgifter från primärvården finns i dagsläget inte i patientregistret.¹³ För en beskrivning av gällande rätt, se kapitel 3.

Uppgifter från primärvården finns i huvudsak inte heller i de andra hälsodataregistren, vilket innebär att de vårdbehov som finns och vårdinsatser som genomförs i primärvården inte följs upp på nationell nivå.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). I uppdraget ingår bland annat att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I en delrapportering från uppdraget föreslår Socialstyrelsen att rapportering av uppgifter om vårdkontakter i primärvården ska ske till det befintliga patientregistret, som regleras i förordningen (2001:707) om patientregister. Socialstyrelsen föreslår också att det ska vara möjligt att samla in uppgifter om patienter som behandlas av både läkare och andra yrkeskategorier inom primärvården, eftersom många insatser i primärvården genomförs av andra yrkeskategorier än läkare. Socialstyrelsen föreslår vidare att patientregistret bör omfatta uppgifter om bland annat personnummer och kön, folkbokföringsort, primärvårdskontakt, diagnos, funktionstillstånd, åtgärd och yrkeskategori. Uppgiften om funktionstillstånd är ny jämfört med nuvarande beskrivning, men Socialstyrelsen bedömer att funktionstillstånd omfattas av förordningen redan i dag, eftersom det hör ihop med diagnos. Uppgiftsskyldighet gäller såväl offentliga

¹³ Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt* (2019).

som privata vårdgivare och omfattar både fysiska vårdmöten och digitala vårdtjänster.¹⁴

Socialstyrelsen menar att utvecklingen av registret bör ske successivt, och börja med de uppgifter som redan finns tillgängliga i regionernas verksamheter i dag.

Enligt Socialstyrelsen skulle ett nationellt patientregister över primärvården skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle också ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Dessutom skulle det kunna bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Framför allt är det folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.¹⁵

Utredningen konstaterar att Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat patientregister innebär att även uppgifter om barns och ungas vårdkontakter i primärvården kommer att samlas in. Utredningen instämmer med Socialstyrelsen att en sådan insamling ger bättre möjligheter att uppmärksamma och utvärdera den vård som ges till barn och unga inom primärvården. Det är en förutsättning för att till exempel kunna belysa om det finns vissa typer av åtgärder som ges till barn och unga som leder till bättre resultat och hur vårdinsatser fördelar sig över landet och mellan olika grupper av barn och unga. Det är dock inte möjligt att samla in uppgifter om hälsan utan att uppgifterna är kopplade till en kontaktorsak eller diagnos, det framgår av Socialstyrelsens förslag. Det betyder att viktig information för att bedöma barns och ungas hälsotillstånd, till exempel uppgifter om tillväxt, såsom längd och vikt, inte kan registreras i patientregistret.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som primärvården genomför utan att individen har en etablerad ohälsa eller diagnos, kan registreras i patientregistret förutsatt att relevanta koder för detta tas fram. De verksamheter inom primärvården som ger vårdinsatser till barn och unga arbetar främst med ett hälsofrämjande förhållningssätt, där det är nödvändigt att följa vissa parametrar för att kunna bedöma barnets eller den unges utveckling, identifiera hälsorisker och

¹⁴ Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

¹⁵ Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

ge hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen bedömer att det är en fördel om dessa uppgifter inkluderas i registret, eftersom en stor del av ohälsan i befolkningen kan förebyggas genom ett hälsofrämjande arbete. Uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som ges till barn och unga är av stort värde för att få kunskap om sambanden mellan åtgärderna, till exempel föräldraskapsstöd, och hälsoutfall senare i uppväxten och i vuxen ålder.

Det nationella patientregistret över primärvården skulle dock inte inkludera de besök och vårdinsatser som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser, eftersom Socialstyrelsen bedömt att sådan verksamhet inte är primärvård. Det har framkommit i utredningens dialog med Socialstyrelsen.¹⁶

Utredningen bedömer att det är problematiskt att uppgifter om elevhälsans medicinska insatser inte samlas in på nationell nivå, eftersom uppföljningen av barns och ungas hälsa i hög grad sker i denna verksamhet under större delen av barns och ungas uppväxttid. Uppgifter om elevhälsans medicinska insatser är därför en förutsättning för att få ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Uppföljningar av elevhälsans medicinska insatser som har genomförts av Inspektionen för vård och omsorg och Skolinspektionen visar att det finns brister i verksamheten, bland annat när det gäller verksamhetens kvalitet och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Varierande kvalitet och tillgång till elevhälsans medicinska insatser kan leda till ojämlikheter i hälsa hos barn och unga. För en mer utförlig beskrivning av dessa brister se även utredningens delbetänkande.¹⁷ Mot bakgrund av detta anser utredningen att det finns behov av att kontinuerligt och regelbundet samla in uppgifter även om denna verksamhet. Det är en förutsättning för att utveckla den här verksamheten på lång sikt och för att kunna göra olika studier om effektiviteten i den verksamhet som bedrivs.

I regleringsbrev avseende budgetåret 2021 har Socialstyrelsen fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna

¹⁶ Elevhälsans medicinska insatser omfattas inte heller av hälsodataregistret över insatser inom kommunala hälso- och sjukvården, eftersom det registret är avgränsat till hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), det vill säga bland annat hälso- och sjukvård i hemmet och på särskilda boenden för äldre personer och personer med funktionshinder (3 § förordningen [2006:94] om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården).

¹⁷ SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 220 ff.

vården som inte är primärvård (dnr S2020/09593). Enligt 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras öppen vård som annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Den hälso- och sjukvård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är därmed öppen vård. Uppdraget bör således omfatta elevhälsans medicinska insatser eftersom elevhälsans medicinska insatser är öppen vård men, enligt Socialstyrelsen, inte primärvård.

Socialstyrelsen vill begränsa omfattningen av känsliga uppgifter i registret och föreslår av den anledningen att uppgifter inte ska samlas in från ungdomsmottagningarna. Socialstyrelsen bedömer att det skulle innebära ett alltför stort intrång i barnets personliga integritet om uppgifter samlas in från ungdomsmottagningarna.¹⁸ Ställningstagandet bygger på att barn ofta söker sig till ungdomsmottagningen utan vårdnadshavares vetskap, och att sökorsakerna ofta rör den sexuella och reproduktiva hälsan som bedöms vara av extra känslig natur.

Utredningen bedömer att det är problematiskt att avgränsa ungdomsmottagningarna som verksamhet från registret. En viktig del av hälso- och sjukvårdens insatser till barn och unga ges på ungdomsmottagningar, men det saknas i dag uppgifter om vilka behov barn och unga har och vilka insatser som ungdomsmottagningarna ger. Det är en brist att dessa vårdbehov och vårdinsatser inte blir belysta på samma sätt som andra vårdbehov och vårdinsatser, eftersom det riskerar att leda till en ojämlik vård utan att det identifieras och att vården inte anpassas efter patienternas behov.

Ett barn kan också söka sig till annan verksamhet i hälso- och sjukvården, till exempel mödravårdscentralen, med sitt problem. Även ett sådant besök kan ske utan vårdnadshavares vetskap, men kommer att registreras eftersom mödravårdscentralen föreslås ingå i det utvidgade patientregistret.

En del ungdomsmottagningar är också i dag förstalinje-verksamheter för psykisk ohälsa. Uppföljning av förekomst av psykisk ohälsa, behov och vårdinsatser kommer därför inte att bli fullständig när besök på ungdomsmottagningar inte registreras, men besök med samma sökorsak registreras på till exempel vårdcentralen.

Känsliga uppgifter kan förekomma i alla hälso- och sjukvårdens verksamheter, och utredningen menar därför att den personliga integriteten inte med säkerhet skyddas genom att specifika verksamheter,

¹⁸ Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

som till exempel ungdomsmottagningar, i sin helhet avgränsas från uppföljning.

Sammantaget betyder detta att omfattande delar av hälsan under större delen av barns och ungdomars uppväxt inte kommer att vara möjliga att följa i patientregistret.

Medicinska födelseregistret

Medicinska födelseregistret innehåller information om graviditeten, förlossningen och det nyfödda barnet (4 § förordningen [2001:708] om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen). Registret startade 1973 och omfattar alla graviditeter som lett till förlossning i Sverige. Syftet med registret är att beskriva händelser och utfall för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden. De uppgifter som ingår är bland annat kvinnans tidigare graviditeter, rökning, förlossningsklinik, graviditetslängd, smärtlindring, förlossningssätt, diagnoser hos moder och barn, operationer, barnets kön, vikt, längd och huvudomfång samt barnets tillstånd vid födelsen. Kopplat till det medicinska födelseregistret finns registret för övervakning av fosterskador och kromosomavvikelser.¹⁹

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag om att lämna förslag på författningsändringar avseende medicinska födelseregistret för att datainsamlingen ska kunna innehålla data om nikotinprodukter, alkohol samt andra potentiellt skadliga substanser som används under graviditet. Därutöver ingår att lämna författningsförslag som möjliggör utökad datainsamling till medicinska födelseregistret om mödrar som varit gravida och inskrivna i mödrahälsovården men där graviditeten inte lett till förlossning. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2022.²⁰

År 2007 utredde Socialstyrelsen förutsättningarna för en nationell databas för rapportering och uppföljning av bland annat barns längd och vikt, på uppdrag av regeringen. Socialstyrelsen föreslog att ett nationellt hälsodataregister med dessa mätningar som bas skulle skapas genom en utvidgning av det medicinska födelseregistret från nyföddhetsperioden till att omfatta hela barndomen upp till 18 år. Uppgifter om barns längd och vikt i hälsodataregister skulle bland annat göra

¹⁹ Socialstyrelsen, *Medicinska födelseregistret*, 2021, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/medicinska-fodelseregistret/ (hämtad 2021-05-12).

²⁰ Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (S2020/09593).

det möjligt att följa utvecklingen av övervikt och fetma i befolkningen och att få en ökad kunskap om påverkbara mekanismer och förebyggande insatser.²¹ Datainspektionen, numera Integritetsskyddsmyndigheten, tillstyrkte dock inte förslaget, med argumentet att ett nationellt insamlade av barns längd och vikt med koppling till personuppgifter utan samtycke kan betraktas som ett betydande intrång i barnets personliga integritet. Datainspektionen framförde också att det krävs starka skäl som väger över nackdelarna, för att införa ett sådant register.²²

Utredningen bedömer att utfallet möjligen kunde ha blivit ett annat med en mer genomgående integritetsanalys där den medicinska nyttan med personuppgiftsbehandlingen också lyftes.

Vaccinationsregistret

Folkhälsomyndigheten ansvarar för det nationella vaccinationsregistret. Registret regleras i lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m. och är ett verktyg för uppföljning och övervakning av nationella vaccinationsprogram vad gäller vaccinations-täckning, skyddseffekt och biverkningar. Sedan 2013 ska alla givna vaccinationer inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn rapporteras till det nationella vaccinationsregistret. Sedan den 1 januari 2021 ska även vaccinationer mot covid-19 rapporteras.²³ Det är obligatoriskt för den vårdgivare som har ansvarat för vaccinationen att rapportera alla vaccinationer inom programmet till registret (7 och 8 §§ lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m.) men underrapportering förekommer, främst av tekniska orsaker.²⁴

Vaccination är den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar.²⁵

²¹ Socialstyrelsen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt* (2007).

²² Datainspektionen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt – Socialstyrelsens avrapportering*, Yttrande (2008).

²³ Folkhälsomyndigheten, *Nationella vaccinationsregistret*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsregistret/ (hämtad 2021-05-12).

²⁴ SOU 2021:34, s. 391.

²⁵ Folkhälsomyndigheten, *Bra att veta om vaccinationer*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (hämtad 2020-04-03).

I Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019 sammanställdes uppgifter om vaccinationer för barn födda 2016. Sammanlagt var 116 838 barn inskrivna på barnavårdscentraler och jämfört med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) var rapporttäckningen 94,6 procent.²⁶

Möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via kvalitetsregister

Det primära syftet med kvalitetsregister är att de ska användas för kvalitets- och förbättringsarbeten i vården, men det är även möjligt att använda data från registret för angivna sekundära ändamål så som statistik och forskning (4 och 5 §§ patientdatalagen [2008:355]). De befintliga kvalitetsregistren för mödrahälsovård, barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser innehåller uppgifter om vissa aspekter av barns och ungas hälsa. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i ungdomsmottagningarnas verksamhet saknas i nuläget kvalitetsregister. Kvalitetsregister skulle kunna vara en möjlig källa för att följa barns och ungas hälsoutveckling. På grund av regler om gallring av personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister (se 7 kap. 10 § första stycket patientdatalagen) finns det dock inte någon garanti för att det är möjligt att använda personuppgifterna för de sekundära ändamålen statistik och forskning över långa tidsperioder. Den i dagsläget låga täckningsgraden till Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ) innebär också begränsade möjligheter att följa barns och ungas hälsa på nationell nivå. Utredningen bedömer mot denna bakgrund att kvalitetsregistren inte möjliggör nationell uppföljning av barns och ungas hälsa över tid och på lång sikt. Kvalitetsregister beskrivs närmare under avsnitt 4.3.2.

²⁶ Folkhälsomyndigheten, *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport* (2019).

Exempel på andra nationella register som bidrar till möjligheten att följa barns och ungas hälsa

Registret över insatser till barn och unga hos Socialstyrelsen

Registret över insatser till barn och unga regleras i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter. Registret innehåller uppgifter om placering av barn och unga för vård utanför det egna hemmet. I registret finns uppgifter på individnivå som beskriver de barn och unga som har erhållit heldygnsinsats och andra slags insatser och placeringar. Utöver individregistret finns mängdstatistik som redovisar uppgifter om socialtjänstinsatser till barn och unga. Genom att samköra registret över insatser till barn och unga med andra register, när så är tillåtet, är det möjligt att få fram viss information om placerade barns och ungas hälsa.²⁷

Register om hela befolkningen hos SCB

Genom Statistiska Centralbyråns (SCB) register över totalbefolkningen (RTB) kan individbaserade uppgifter om barn kopplas till uppgifter om deras vårdnadshavare, till exempel vårdnadshavarnas utbildning, sysselsättning eller andra socioekonomiska faktorer, för att analysera hälsa ur ett jämlikhetsperspektiv. Registret över totalbefolkningen (RTB) är ett demografiskt register som sträcker sig tillbaka till 1960-talet och är ett utdrag ur folkbokföringsregistret som Skatteverket ansvarar för. Det innehåller uppgifter om födelsedatum, kön och födelseort/födelseförsamling samt folkbokföringsuppgifter såsom civilstånd, in- och utvandring och dödsfall. De flesta uppgifter som finns i RTB är grundläggande för demografisk forskning och efterfrågas som bakgrundsinformation inom medicinsk och beteendevetenskaplig forskning.²⁸

²⁷ Socialstyrelsen, *Registret över insatser till barn och unga*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/barn-och-unga/ (hämtad 2021-08-24).

²⁸ Statistiska Centralbyrån (SCB), *Mikrodata för Registret över totalbefolkningen (RTB)*, u.å., www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/bestalla-mikrodata/vilka-mikrodata-finns/individregister/register-over-totalbefolkningen-rtb/ (hämtad 2021-06-10).

4.1.2 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella enkäter

Flera myndigheter och organisationer, till exempel Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför regelbundna nationella enkäter för att samla in information om barns och ungas hälsa.

Folkhälsomyndigheten har gjort en översiktlig kartläggning av dessa undersökningar med syftet att ta reda på vilka förutsättningar som finns för att samla in och redovisa statistik om svenska skolbarns individuella hälsovanor, olika aspekter av de miljöer där barn befinner sig och hälsoutfall. Folkhälsomyndigheten konstaterar att flera av undersökningarna har brister som gör att de enskilt inte kan ligga till grund för uppföljning av barns och ungas hälsa. Bristerna handlar i huvudsak om att enkäterna inte är personuppgiftsbaserade, inte täcker in hela målgruppen barn och unga och har förhållandevis låg svarsfrekvens. De har också begränsade möjligheter att visa resultat regionalt och lokalt.²⁹ Nedan följer en redovisning av enkätundersökningar som innehåller information om barns och ungas fysiska och psykiska hälsa som har relevans ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Enkäter som enbart tar upp levnadsvillkor, miljöaspekter eller liknande ingår därför inte i uppräkningsdelen nedan. Redovisningen gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Den nationella miljöhälsoenkäten

Den nationella miljöhälsoenkäten riktar sig till vuxna och barn i åldrarna 8 månader, 4 år och 12 år. Mätningen genomförs vart fjärde år, varannan gång till barn och varannan gång till vuxna. Enkätens huvudfokus är miljöhälsa men den innehåller även frågor om allmänt hälsotillstånd, allergier, längd, vikt, funktionsnedsättning, långvarig sjukdom, fysisk aktivitet samt sol- och kostvanor.³⁰ Enkäten saknar dock frågor om psykisk hälsa, och svarsfrekvensen är relativt låg, cirka 40 procent. Äldre barn ingår inte i studien. Periodiciteten är

²⁹ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

³⁰ Folkhälsomyndigheten, *Miljöhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/miljohalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

förhållandevis lång, åtta år. En pilotstudie har dock genomförts för att öka tidsintervallet och även rikta frågor till äldre barn. Folkhälsomyndigheten ser för närvarande över vilka enkätfrågor och registervariabler i miljöhälsoenkäten som ska användas och för vilka redovisningsgrupper.³¹

Den nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor

Den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, är en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Enkäten skickas till ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Resultaten från enkäten kan redovisas på regional och i viss mån på lokal nivå.³² Enkäten täcker in viktiga frågeområden ur ett hälsoperspektiv. Den har behållits intakt under många år, vilket medger jämförelser över tid. Svarsfrekvensen är dock låg, och ännu lägre bland den yngre befolkningen. Den stora nackdelen är att undersökningen inte täcker in barn under 16 år. Folkhälsomyndigheten ser för närvarande över vilka enkätfrågor och registervariabler i nationella folkhälsoenkäten som ska användas och för vilka redovisningsgrupper.³³

LUPP-enkäten

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor genomför en nationell uppföljning av ungdomspolitiken vart tredje år. Undersökningen riktas till målgruppen 13–25 år. Enkäten innehåller bland annat frågor om fysisk och psykisk hälsa och levnadsvanor. Den regionala täckningsgraden är relativt låg. Enkäten gäller endast ungdomar och unga vuxna.³⁴

³¹ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

³² Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

³³ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

³⁴ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

Skolbarns hälsovanor

Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är en enkätundersökning bland ett slumpmässigt urval av 11-, 13- och 15-åringar som genomförs vart fjärde år. I den senaste datainsamlingen deltog 4 294 skolbarn från 213 skolor, vilket motsvarar cirka 15 procent av alla barn och unga i de tre åldersklasserna. Deltagandet är frivilligt och skolbarnen är anonyma. Urvalet är nationellt och redovisas därför enbart för riket. Folkhälsomyndigheten har kartlagt förutsättningarna för att redovisa skolbarnshälsovanor på regional och lokal nivå. I dialog med Folkhälsomyndigheten har det framkommit att nästa datainsamling som sker åren 2021 och 2022 ska ha ett utökad urval som innebär att resultat kan redovisas även på regional nivå, men inte på lokal nivå.

Undersökningen är internationell och genomförs i ett 50-tal länder i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO). I Sverige ansvarar Folkhälsomyndigheten för att enkäten genomförs. Sverige har deltagit i undersökningen sedan 1980-talet. Undersökningen är skolbaserad och har vanligen en hög svarsfrekvens, men de senaste åren har svarsfrekvensen minskat till 47 procent. Undersökningen följer barns och ungas hälsa, levnadsvanor och skol- och hemmiljö över tid.³⁵ Folkhälsomyndigheten konstaterar att undersökningen inte är personuppgiftsbaserad, och att den inte följer utvecklingen av de yngre barnens hälsa. Det finns också svårigheter med att påverka enkätinnehållet eftersom den styrs och genomförs av ett internationellt nätverk.³⁶

Undersökning av barns och ungas levnadsvanor, Barn-ULF

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför årligen undersökningar om levnadsförhållanden hos ett slumpmässigt urval i befolkningen i åldrarna 16 år och äldre. Om barn och unga i åldrarna 12–18 år finns i hushållet kan även de delta i undersökningen. Undersökningen innehåller frågor om bland annat hälsa, skolgång, relationer och trygghet. Hälsofrågorna avser välbefinnande, psykiska besvär, sömnproblem, stress, matvanor, tobak och alkoholvanor. Svarsfrekvensen är relativt

³⁵ Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/ (hämtad 2021-05-21).

³⁶ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

låg, cirka 53 procent. Frågorna har förändrats genom åren, vilket gör det svårt att jämföra barns hälsa över tid. De små barnen ingår inte i undersökningen, och resultatet kan inte redovisas på regional och lokal nivå.³⁷ I juni 2021 fick SCB i uppdrag att utveckla datainsamlingen för undersökningen av barns levnadsförhållanden (dnr 2021/04974). I uppdraget ingår att utveckla en metod för att samla in information om barns och ungas levnadsförhållande i åldrarna 12–18 år, med inriktningen att undersökningen ska genomföras vart tredje år.

UngKAB

Folkhälsomyndigheten har genomfört undersökningen UngKAB om ungas sexualitet och hälsa i Sverige sedan 2007. Frågorna rör sociala förutsättningar, diskriminering, våld, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter samt rätten till kunskap och information. Enkäten utförs i samverkan med regioner, storstadskommuner och det civila samhällets organisationer. Uppföljningen beskriver ungas sexuella hälsa och i vilken utsträckning den är jämlikt och jämställt fördelad. I den senaste undersökningen ingick 29 950 unga och av dessa var det totalt 7 865 personer som besvarade enkäten. Svarsfrekvensen uppgick därmed till 26 procent av det totala antalet tillfrågade personer.³⁸

WHO Child Obesity Surveillance Initiative (COSI)

Vart tredje år genomför Folkhälsomyndigheten WHO Child Obesity Surveillance Initiative (COSI) i Sverige. Det är en kartläggning av viktstatus bland barn 6–9 år i Europa. Syftet med COSI är att bidra med information om aktuell vikt och längd, ge en förståelse för utvecklingen av övervikt och fetma och att möjliggöra jämförelser mellan länder. Undersökningen gäller i första hand längd och vikt, och har därför begränsningar när det gäller möjligheten att följa utvecklingen

³⁷ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återsrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

³⁸ Folkhälsomyndigheten, *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige, ungnab15, en studie om kunskap attityder och beteende bland unga*, u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungnab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/ (hämtad 2021-05-21).

av barns och ungas hälsa i sin helhet. Undersökningen gäller dessutom endast barn i vissa åldersgrupper.³⁹

Skolelevers drogvanor

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför varje år drogvaneeenkäter bland skolever i årskurs 9, och från 2004 även i gymnasieskolans år 2 på nationell nivå. Undersökningarna har pågått sedan 1971. CAN genomför även lokala och regionala undersökningar på uppdrag av kommuner och regioner. Undersökningen belyser utvecklingen av ungdomars drogvanor över tid, och möjliggör analyser av konsumtionsmönster och samband mellan droganvändning och risk- och skyddsfaktorer.⁴⁰ Enkäten innehåller även ett fåtal frågor om vissa hälsoaspekter som trivsel med familj, trygghet, skola och mobbning med mera. Undersökningen har hög svarsfrekvens med saknar viktiga områden som gäller barns hälsa och levnadsvillkor.⁴¹

Statistikdatabaser och index för uppföljning av barns och ungas hälsa

Det finns ett antal olika statistikdatabaser som innehåller data om barns och ungas hälsa. De är dock spridda hos flera aktörer och innehåller till viss del överlappande statistik. Det gäller till exempel Barnombudsmannens databas Max18, Folkhälsomyndighetens Folkhälsostudio, Folkhälsodata och Indikatorslabbet och Socialstyrelsens öppna jämförelser om hälso- och sjukvård.

Därutöver finns några få index som innehåller uppgifter om barns hälsa. År 2014 utvecklade Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ett barnhälsoindex med avsikten att följa barns hälsa och välmående i åldrarna 0–18 år i olika kommuner. Syftet med barnindex var att tillgängliggöra indikatorer om barns hälsa i kommuner och regioner, men också att väcka diskussionen om vilka data som borde följas kontinuerligt för att kunna uttala sig om hälsa och välbefinnande i befolk-

³⁹ Folkhälsomyndigheten, *Övervikt, fetma 6–9-åringar*, u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4b83de69772549f7ac477979bebd55af/20100-overvikt-fetma-6-9-aringar.pdf (hämtad 2021-05-21).

⁴⁰ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, *Skolelevers drogvanor*, 2020, www.can.se/undersokningar/skolelevers-drogvanor/ (hämtad 2021-05-21).

⁴¹ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

ningen och för att kunna leda och styra verksamheter. Trots att Sverige har många register och att verksamheter samlar in mängder med data saknas goda indikatorer och utfallsmått kring hur barn och unga mår. Brister finns särskilt när det gäller nationellt heltäckande indikatorer.⁴² Barnhälsoindex har dock inte använts för återkommande uppföljningar av barns och ungas hälsa.⁴³

4.2 Uppföljningen har ofta fokus på ohälsa

Hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Att medicinskt förebygga sjukdomar och skador ingår dessutom i definitionen av hälso- och sjukvård (2 kap. 1 § första stycket 1 hälso- och sjukvårdslagen). Begreppet *främja hälsa* uttrycks inte i hälso- och sjukvårdslagen i dag, men utredningen bedömer att det av förarbetena kan utläsas att det som i dag brukar kallas för hälsofrämjande arbete var avsett att ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. Utredningen föreslår också i sitt delbetänkande att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska förtydligas genom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen.⁴⁴

De flesta variabler som registreras i både hälsodataregister och kvalitetsregister är diagnosrelaterade och handlar om sjukdom eller skada. Få variabler som registreras är relaterade till hälsa och till faktorer som har påverkan på hälsan, som exempelvis skyddsfaktorer eller riskfaktorer. De flesta variabler är i stället kopplade till en etablerad ohälsa av något slag. Utredningen bedömer att detta förhållningssätt grundar sig på traditionella arbetssätt i hälso- och sjukvården, som innebär att hälso- och sjukvården genomför vårdinsatser när en patient har ett problem med sin hälsa. Hälso- och sjukvårdens personal är utbildad och skolad i att upptäcka sjukdom eller skada och om möjligt genomföra insatser med botande eller lindrande åtgärder. Utformningen av både hälsodataregister och kvalitetsregister har i stor utsträckning utgått från samma princip, vilket innebär att det är patientens sökorsak eller diagnos som initierar en registrering i registret.

⁴² Lennart Köhler, *Barnhälsoindex för Sveriges kommuner. En uppsättning indikatorer för barns hälsa*. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).

⁴³ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommen melsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁴⁴ SOU 2021:34, s. 257.

Utredningen bedömer att det även är angeläget att följa uppgifter om hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser som genomförs i hälso- och sjukvården, utan att uppgifterna är kopplade till en redan etablerad ohälsa. En stor del av ohälsan i befolkningen i stort liksom hos barn och unga kan förebyggas, ju tidigare detta sker desto bättre. En viktig del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är att identifiera skyddsfaktorer för hälsa och riskfaktorer för ohälsa.

Hälsofrämjande arbete syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom.⁴⁵

Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet skapar förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga, och är också en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa för den enskilde. Det lägger även grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Ytterligare beskrivning av hälsofrämjande och förebyggande arbete finns i utredningens delbetänkande.⁴⁶

Det är framför allt i de verksamheter som utgörs av mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningar och elevhälsans medicinska insatser som det hälsofrämjande arbetet för barn och unga utförs. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att följa upp variabler för att kunna följa hälsan och utvärdera de hälsofrämjande åtgärder som ges till barn och unga. Det möjliggör en ökad kvalitet och i förlängningen en jämlik vård. Det är också viktigt att följa att de hälsofrämjande åtgärderna har en önskad effekt och att hälsofrämjande åtgärder med god effekt ges till alla.

4.3 Barn- och ungdomshälsovården behöver ges förutsättningar för sitt kvalitetsarbete

Varje vårdgivare ansvarar för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslag [2010:659]). Alla vårdgivare är också skyldiga att ha ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verk-

⁴⁵ Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården* (2014).

⁴⁶ SOU 2021:34, s. 260.

samhetens kvalitet (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [SOSFS 2011:9]).

De verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården arbetar på olika sätt med sin kvalitetsutveckling, och har olika förutsättningar. De, och andra verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande, behöver förutsättningar för att kontinuerligt följa upp sitt arbete och höja kvaliteten.⁴⁷

Kvalitetsarbete behöver ske med systematik, med uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete och ständiga förbättringar. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och metoder, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan verksamheter, kan kvaliteten öka, liksom förutsättningarna för en mer jämlik vård.⁴⁸

4.3.1 Kort om kvalitetsarbetet i barn- och ungdomshälsovården

Kvalitetsarbete i mödrahälsovården

I delbetänkandet redogör utredningen för det kvalitetsarbete som sker inom mödrahälsovården. I regionerna finns centrala mödrahälsovårdsenheter där mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorska ingår. Dessa ska utveckla mödrahälsovårdens verksamhetsområden, utarbeta vårdprogram, genomföra fortbildningsinsatser och förankra ny kunskap i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet. De regionala mödrahälsovårdsenheterna har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av mödrahälsovårdens uppdrag liksom för implementering av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Många centrala mödrahälsovårdsenheter har psykolog och socionom knuten till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. I vissa fall finns också en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.⁴⁹ Det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret sam-

⁴⁷ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommenheten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁴⁸ SOU 2021:34, s. 251.

⁴⁹ Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, *Mödrahälsovård Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Rapport nr 76 (Publicerad 2008 uppdaterad webbversion 2016).

lar och behandlar information hela vägen från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen, exempelvis ultraljud, sjukdomshistoria och information om barnets hälsa. Uppgifter från registret sammanställs i Graviditetsregistrets årsrapporter och ger underlag för nationellt, regionalt och lokalt kvalitetsarbete. Registerdata ger exempelvis information om dels insatser under graviditeten, levnadsvanor och erfarenhet av våldsutsatthet, dels faktorer gällande barnet som vikt, mående vid födseln och om amning vid 4 veckors ålder.⁵⁰

Enligt information från företrädare för Nätverket för samordningsbarnmorskor framkommer att Nätverket för samordningsbarnmorskor, mödrahälsovårdsöverläkare och psykologer för mödrahälsovård samlas på årliga konferenser. Aktuella frågor för kvalitetsarbete nationellt och regionalt diskuteras och gemensamma initiativ tas, ett aktuellt exempel är utvecklingsarbete gällande strategier och struktur för föräldrastöd i grupp och individuellt. Ett ytterligare pågående kvalitets-säkringsarbete är att verka för ett nationellt styrdokument för mödrahälsovårdens uppdrag samt en handbok i likhet med barnhälsovårdens rikshandbok.

Kvalitetsarbete i barnhälsovården

I alla regioner finns en barnhälsovårdsöverläkare och en sjuksköterska som arbetar som vårdutvecklare. Ofta tillhör de en central barnhälsovårdsenhet (CBHV-enhet), som ansvarar för att följa upp och utveckla barnhälsovårdens verksamhet. Många centrala barnhälsovårdsenheter har fler professioner inom barnhälsovården knutna till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. De regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård har varit och är viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av barnhälsovårdens uppdrag och innehåll, liksom för utveckling och implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Kvalitetsuppföljningen och förbättringsarbetet baseras på lokalt, regionalt och nationellt insamlad kunskap om verksamheten inom svensk barnhälsovård och drivs sedan länge av de regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård runt om i landet. Därutöver finns kvalitetsregistret Svenska Barnhälsovårdsregistret,

⁵⁰ Graviditetsregistret, *Välkommen till Graviditetsregistret*, u.å., www.medscinet.com/gr/default.aspx (hämtad 2021-05-29) och Graviditetsregistret, *Dokumentarkiv*, u.å., www.medscinet.com/gr/dokumentarkiv.aspx (hämtad 2021-05-29).

BHVQ, som följer täckningsgraden i den svenska barnhälsovården och utgör en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring.⁵¹

Professionen bildade en gemensam organisation för kunskapsinsamling, kvalitetsuppföljning och kvalitetsförbättring inom barnhälsovården nationellt, i samband med att Vägledning för barnhälsovården och det nationella barnhälsovårdsprogrammet togs fram. I dialog med företrädare för barnhälsovården framkommer att i det fortsatta uppföljnings- och förbättringsarbetet finns etablerade nationella utvecklingsgrupper (NUG) som har i uppdrag att följa och främja utvecklingen inom olika kunskapsområden inom barnhälsovården. Exempel på områden är barn som far illa eller misstänks fara illa, föräldraskapsstöd enskilt och i grupp, jämlikt föräldraskap, tillväxt, migration samt implementering av barnhälsovårdsprogrammet. Det finns ett samlande så kallat CBHV-råd, med av CBHV-enheterna utvalda professionsföreträdare, som planerar årliga nationella konferenser och håller ihop NUG:s arbete. Nationellt görs det, efter överenskommelse mellan CBHV-enheterna, gemensamma satsningar på att följa indikatorer avseende dels barns hälsa genom insamling av data gällande barns BMI vid 4 års ålder, dels verksamhet som antal orosanmälningar till och samverkansmöten med socialtjänsten samt uppföljning av implementering av barnhälsovårdsprogrammet. Arbetet har nära koppling till kunskapsstyrningen genom den nationella arbetsgruppen för barnhälsovård (NAG BHV).

Samtliga regioner följer, i olika omfattning, upp barnhälsovården utifrån ett antal indikatorer, flera har en direkt koppling till det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Struktur-, process- och resultatindikatorer, ofta kallade kvalitetsindikatorer eller hälsoindikatorer, används i uppföljningen. Barnavårdscentralerna rapporterar uppgifterna till den centrala barnhälsovårdsenheten, som analyserar och sammanställer rapporten. Uppgifterna hämtas från barnens journaler. Regionerna använder inte samma indikatorer och ibland använder de olika definitioner, varför det inte är möjligt att göra jämförelser mellan regionerna, utan enbart mellan barnavårdscentraler inom en och samma region. Uppgifterna om amning och rökning rapporteras till Socialstyrelsen som sammanställer nationell statistik. Insamlingar av övriga

⁵¹ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., <http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/> (hämtad 2021-04-09).

uppgifter är regionalt beslutade.⁵² Uppgifter gällande vaccinationer lämnas till Folkhälsomyndigheten.

Flera centrala barnhälsovårdsenheter sammanställer i olika omfattning uppföljningen i årsrapporter, varav några delas nationellt. En mer omfattande årsrapport kan innehålla en kartläggning av ett antal indikatorer och andra verksamhetsmått, en fördjupad analys och en handlingsplan framåt.⁵³ Fokusområden när det gäller indikatorer i rapporterna kan se olika ut och någon nationell modell för struktur och innehåll finns inte. Ett exempel på årsrapport är Västra Götalandsregionens interaktiva årsrapport, Barnhälsovården i Västra Götaland, där rapporter från 2017 till 2020 finns samlade. Data relaterat till verksamhet och barns hälsa på region-, kommun- och barnhälsovårdsnivå finns att tillgå som underlag för regionalt och lokalt kvalitetsarbete.⁵⁴

Kvalitetsarbete i elevhälsans medicinska insatser

I delbetänkandet beskriver utredningen att det finns brister i det systematiska elevhälsoarbetet. Skolinspektionens granskningar visar att elevhälsoarbetet inte alltid styrs med utgångspunkt från en tydlig strategi eller ingår i ett systematiskt utvecklingsarbete. Det saknas i vissa fall elevhälsoplaner eller annan dokumentation över elevhälsans verksamhet. Dessutom saknas nyckel- och processtal som kan ligga till grund för uppföljning av verksamhetens kvalitet. Skolor samlar vanligen in information om elevernas hälsotillstånd genom enkäter och hälsosamtal, men informationen ligger inte alltid till grund för planeringen av hälsofrämjande insatser på generell eller individuell nivå.⁵⁵ Det finns också exempel i Västra Götaland och Värmland på regionala och kommunala projekt där elevhälsodata aggregeras utifrån standardiserade frågor.⁵⁶

⁵² Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁵³ Region Skåne, *För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling* (2019) och Region Stockholm, *Vårdgivarguiden, Årsrapport för Stockholm 2019* (2019).

⁵⁴ Vårdgivarwebben, Västra Götalandsregionen, *Interaktiv årsrapport Barnhälsovården i Västra Götaland*, 2021, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjFmOWMyYjgtNjZbYi00ZDY1LTlmNGMtZjUyN2NkYTlmNzBhIiwidCI6ImZjNjJhMjU1LTQyMjAtNDdlNC05YjVbLTQxOGVlZTMxZGE1ZiIsImMiOiJh9.>

⁵⁵ Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser, kvalitetsgranskning rapport 2015:5* (2015).

⁵⁶ Region Värmland, *Elevhälsodatabasen – Elsa*, 2019, www.regionvarmland.se/utveckling-tillvaxt/nya-perspektiv/barn-och-familj/elevhalsodatabasen-elsa/ (hämtad 2021-09-01).

Skolinspektionen lyfter fram att det är viktigt att följa upp de hälsofrämjande och förebyggande insatserna i skolan och utvärdera insatsernas effekter för elevernas hälsa. Elevernas utbildning omfattar även deras personliga utveckling, hälsa och välmående. Elevernas hälsa behöver därför, på samma sätt som deras kunskapsresultat, få påverka skolans utvecklingsarbete. Skolinspektionen påpekar att det finns risk för att skolan inte uppmärksammar elever med eventuell tendens till att utveckla psykisk ohälsa i de fall där kunskapsresultaten är goda, om skolan bara följer skolresultat och inte inkluderar hälsa.⁵⁷ Om skolan och elevhälsan däremot har en systematiskt utformad plan för sina hälsofrämjande och förebyggande insatser, som omfattas av ett bredare perspektiv, finns större förutsättningar att i tid uppmärksamma, och kunna initiera insatser till elever med eventuell ohälsa, oavsett kunskapsresultat.

Arbetet med att utveckla kvaliteten i elevhälsans medicinska insatser sker i dag i första hand lokalt hos respektive skolhuvudman. I detta ingår bland annat att utveckla lednings- och kvalitetssystem med system för egenkontroll och avvikelsehantering.

Skolsköterskornas riksförening och Skolläkarföreningen har sedan några år tillbaka arbetat med att utveckla kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insatser. Kvalitetsmåttarna ska ses som ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, skolläkare och skolsköterskor och bidra till en hög patientsäkerhet och ökad kvalitet med utgångspunkt från de krav som ställs i lagstiftningen.⁵⁸ Såvitt utredningen känner till finns i dag ingen uppföljning av hur verksamheterna arbetar med utgångspunkt från dessa kvalitetsmått.

För att stödja utvecklingen av den hälso- och sjukvård som bedrivs i elevhälsans medicinska insatser finns även kvalitetsregistret EMQ, se beskrivning nedan under avsnitt 4.3.2. Registret har i dag en låg täckningsgrad, delvis på grund av att registret inte längre betraktas som ett nationellt kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelse mellan staten och SKR.

Det finns i dag inga formella nationella nätverk för kvalitetsutveckling av elevhälsans medicinska insatser på motsvarande sätt som det finns inom barnhälsovården. Däremot förekommer det, enligt företrä-

⁵⁷ Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5 (2015).

⁵⁸ Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen, *Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insatser (EMI)* (2020).

dare för Skolsköterskornas riksförening, att skolsköterskorna träffas på regional nivå för att bland annat utbyta erfarenheter om frågor som rör livskvalitet och vårdens kvalitet. Utredningen har också fått information om att det finns ett nationellt nätverk för hälsosamtalet i skolan. Nätverket vänder sig till regionala alternativt kommunala företrädare som arbetar med samordning av hälsosamtal i skolan på strukturell nivå, samt Folkhälsomyndigheten och SKR. Nätverket syftar till att utbyta kunskap och erfarenheter mellan kommuner och regioner om utmaningar och identifiera behov av stöd inom området samt om rutiner, praxis, avtal och samverkansmodeller. Syftet är också att öka kunskapen om olika metoder för insamlande av regionala data och att utveckla arbetet med analys och omsättning av hälsodata.⁵⁹

Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) har föreslagit att det ska vara obligatoriskt för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.⁶⁰ Denna utredning bedömer att en sådan redovisning är nödvändigt men inte tillräckligt för att säkerställa kvaliteten i den verksamhet bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser.

Kvalitetsarbete i ungdomsmottagningarnas verksamhet

Enligt en kartläggning som SKR har genomfört om ungdomsmottagningarna behöver kvalitetsarbetet förbättras och en systematik i uppföljning och utvärdering av verksamheternas arbete skapas. Kvalitetsarbetet begränsas också av en varierande tillgång till kunskapscentrum och stödmaterial. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och insatser, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan mottagningar finns en stor potential att kunna göra verksamheterna mer ändamålsenliga. Tillgången till kunskapsstöd behöver öka liksom kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.⁶¹

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av gemensamma kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och menar att regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd

⁵⁹ Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan, *Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan – Avsiktsförklaring* (2018)

⁶⁰ SOU 2021:11 *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*, s. 545 ff.

⁶¹ Sveriges Kommuner och Regioner, *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa* (2020).

för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.⁶²

Det finns inget kvalitetsregister eller liknande för den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar.

Kunskapsstyrningens roll i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete

Sveriges regioners nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården har en viktig roll i hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

I kunskapsstyrningens arbete ingår att utforma kunskapsstöd, uppföljning och analys och stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstyrning handlar om att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte och att systematiskt utveckla, dela och omsätta ny kunskap. Uppföljning och analys är en central del av detta arbete. Det behövs analyser utifrån jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet, för att kunna följa hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet, och för att fatta väl underbyggda beslut om utvecklingsbehov. Indikatorer för kvalitet och annan data för uppföljning behöver ständigt utvecklas och presenteras på ett tillgängligt sätt för att det ska vara möjligt. Kunskapsstyrningen bidrar till att hälso- och sjukvården kan ta ett samlat grepp kring struktur i rapportering och analys av utveckling och kvalitet.⁶³

I inriktningen för överenskommelsen mellan staten och SKR om en sammanhållen, jämlik och säker vård, framgår att regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och särskilt de nationella programområden som finns inom det systemet ska samverka med de nationella kvalitetsregistrens huvudmän och registerstyrgrupper. Nationella kvalitetsregister ska vara en integrerad del i den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård.⁶⁴

⁶² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, rapport 2020:13* (2020).

⁶³ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *Uppföljning och analys*, 2021, <https://kunskapsstyrningvard.se/uppfoljningochanalys.656.html> (hämtad 2021-07-14).

⁶⁴ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata inom primärvården. PrimärvårdsKvalitet lanserades 2016 och omfattar kvalitetsindikatorer samt tekniska lösningar som gör det möjligt att automatiskt sammanställa kvalitetsdata om patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten. Genom systemet kan verksamheterna följa sina resultat i syfte att analysera och utveckla verksamheten. I juni 2021 hade 19 av 21 regioner tillgång till data i PrimärvårdsKvalitet. Mödrhälsovården och barnhälsovården ingår rent organisatoriskt i primärvården, men i nuläget ingår inga indikatorer om blivande mödrars eller barns hälsa eller vård i PrimärvårdsKvalitet.⁶⁵

SKR samordnar och projektleder PrimärvårdsKvalitet i nära samarbete med några av primärvårdens professionsföreningar. Systemet finansieras gemensamt av regionerna.⁶⁶

Förslag om kvalitetsuppföljning från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har föreslagit en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Den föreslagna lagen innebär bland annat att personuppgifter får lämnas ut för att behandlas för sådan kvalitetsuppföljning som är tillåten enligt den lagen, utan hinder av patientdatalagen och lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten samt anknytande föreskrifter.⁶⁷

Med kvalitetsuppföljning enligt den föreslagna lagen avses uppföljning av kvaliteten på hälso- och sjukvård som en huvudman ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar som en kommun eller region ansvarar för enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I den före-

⁶⁵ PrimärvårdsKvalitet, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2021, <http://primarvardskvalitet.skl.se/> (hämtad 2021-08-20), PrimärvårdsKvalitet, *Anslutningsgrad*, 2021, <http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.986.html> (hämtad 2021-08-20) och PrimärvårdsKvalitet, *Kvalitetsindikatorer*, 2021, <http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer.1091.html> (hämtad 2021-08-20).

⁶⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *PrimärvårdsKvalitet, uppföljning*, 2021, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> (hämtad 2021-06-15).

⁶⁷ SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg: delbetänkande*, s. 748–749.

slagna lagen preciseras förutsättningarna för kvalitetsuppföljning, bland annat är det bara fullmäktige i den ansvariga regionen eller kommunen som får besluta om sådan uppföljning.⁶⁸

Kvalitetsuppföljningen ska omfatta sådana åtgärder som på olika sätt syftar till och är ägnade att förbättra eller utveckla vården och omsorgen. Kvalitetsuppföljningar ska kunna göras med personuppgifter från både vårdinstanser och omsorgsgivare, till exempel när det gäller vård- och omsorgsprocesser som involverar både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser för äldre eller personer med funktionsnedsättningar. Kvalitetsuppföljning ska alltså kunna användas för att följa upp hälso- och sjukvård respektive socialtjänst som regionen eller kommunen ansvarar för, med hjälp av personuppgifter från andra vårdinstanser och omsorgsgivare. Ett typexempel är att en region kan använda kvalitetsuppföljning för att följa upp kostnader och resultat för insatser som utförs av privata vårdinstanser. Motsvarande gäller inom socialtjänst, där en kommun kan följa upp insatser av privata utförare inom dess ansvarsområde. Ett annat tillämpningsområde för kvalitetsuppföljning är att följa upp vårdprocesser med flera vårdinstanser inblandade. Detta är något som enligt Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) är svårare att göra med befintliga kvalitetsregister eftersom 7 kap. 9 § patientdatalagen bara ger vårdgivare möjlighet att ta del av de uppgifter vårdgivaren själv registrerat om sina patienter, men inte uppgifter som andra vårdgivare registrerat om samma patienter. Resultatet av bestämmelsen blir i praktiken att bara den som för kvalitetsregistret, men inte den ansvariga regionen eller kommunen, har möjlighet att använda kvalitetsregistret för att säkra och utveckla resultatet av den sammantagna vård som patienterna har fått.⁶⁹

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) menar att bland annat ovanstående förutsättningar gör att förslaget om kvalitetsuppföljning har ett annat tillämpningsområde än det för kvalitetsregister. Skillnaden mellan kvalitetsregister och kvalitetsuppföljning beskrivs som att kvalitetsregister tillmötesgår professionens behov av uppgifter för analys, medan kvalitetsuppföljning kan användas av sjukvårdshuvudmannen för att genomföra mer allmänna analyser av kvalitet och kostnadseffektivitet. Kvalitetsuppföljning ska enligt Utredningen om sammanhållen information

⁶⁸ SOU 2021:4, s. 334 och s. 503–504.

⁶⁹ SOU 2021:4, s. 503–504 och s. 523–526.

inom vård och omsorg (S 2019:01) ses som en ytterligare möjlighet att, vid sidan av den existerande ordningen med kvalitetsregister, göra uppföljning av kvaliteten i hälso- och sjukvård och socialtjänst.⁷⁰

4.3.2 Kvalitetsregister syftar till att främja god kvalitet i hälso- och sjukvården

Kvalitetsregister innehåller strukturerade uppgifter från flera vårdgivare om vad som görs inom hälso- och sjukvården och vilka resultat som nås för varje patient.⁷¹ Genom registren möjliggörs jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Kvalitetsregister skapar därmed förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete i verksamheterna och kan därför bidra till en ökad kvalitet och en mer jämlik hälso- och sjukvård.⁷² Registren startas, byggs upp och drivs av professionerna som använder dem för kontinuerligt förbättringsarbete.⁷³

Regleringen av vilka personuppgifter som får finnas i kvalitetsregister ser lite annorlunda ut än för hälsodataregister (se 7 kap. 8 och 8 a §§ patientdatalagen). Det innebär att utformningen av kvalitetsregistren är mer flexibel än utformningen av de författningsreglerade hälsodataregistren, och att de kan innehålla många, specifika variabler. Det är också möjligt för patienten att motsätta sig behandling av hans eller hennes personuppgifter i ett kvalitetsregister (7 kap. 2 § patientdatalagen) och det är frivilligt för vårdgivare att rapportera till kvalitetsregister. En fördjupad beskrivning av regleringen av kvalitetsregister lämnas i kapitel 3, Gällande rätt.

Täckningsgraden, det vill säga hur stor andel av den avsedda populationen som återfinns i registret, varierar hos de olika kvalitetsregistren. Täckningsgraden är av central betydelse för trovärdigheten i ett registers utdata, och den påverkar hur olika typer av indikatorer kan

⁷⁰ SOU 2021:4, s. 523–526.

⁷¹ Hanna Sjöberg, "Vad är ett nationellt kvalitetsregister", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 11.

⁷² Kjell Asplund, "Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 25.

⁷³ Hanna Sjöberg, "Kvalitetsregistrens organisering", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 38.

och bör tolkas.⁷⁴ Det finns också stora skillnader i anslutningsgrad mellan registren. Anslutningsgrad avser andelen rapporterade verksamheter som registret omfattar.⁷⁵ Det är i dagsläget betydande skillnader när det gäller täcknings- och anslutningsgrad i kvalitetsregistren för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, detta beskrivs närmare för respektive register nedan. Utredningen bedömer att den låga anslutningsgraden och därmed täckningsgraden i några av de befintliga registren medför begränsade möjligheter att på nationell nivå följa barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll genom kvalitetsregistren.

Anslutning till kvalitetsregister kräver ett förberedande arbete från vårdgivaren, bland annat för att tillhandahålla en teknisk infrastruktur som ger åtkomst till information i journalen. För flera kvalitetsregister, däribland kvalitetsregistren för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, överförs kvalitetsdata automatiskt, direkt från anslutna journalsystem. Anslutande vårdgivare ansvarar för kostnader som uppkommer gentemot kvalitetsregistrets it-leverantör vid anslutning till registret.

Det primära syftet med kvalitetsregistren är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § patientdatalagen). Så länge personuppgifter har tagits in i ett kvalitetsregister för detta primära ändamål är det möjligt att även använda personuppgifterna för angivna sekundära ändamål, bland annat statistikframställning och forskning inom hälso- och sjukvården (7 kap. 5 § patientdatalagen). Personuppgifterna i nationella och regionala kvalitetsregister ska dock gallras när de inte längre behövs för det primära ändamålet (7 kap. 10 § första stycket patientdatalagen). En arkivmyndighet inom en region eller en kommun till vilken den personuppgiftsansvariga myndigheten hör får dock föreskriva att personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister som förs inom regionen eller kommunen får bevaras för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål (7 kap. 10 § andra stycket patientdatalagen). Utredningen bedömer därför att kvalitetsregistren inte möjliggör nationell uppföljning över långa tidsperioder av extern part när det gäller barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll.

⁷⁴ Nationella Kvalitetsregister, *Beräkning av täckningsgrad*, 2021, <https://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/berakningavtackningsgrad.1920.html> (hämtad 2021-05-29).

⁷⁵ Socialstyrelsen, *Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020* (2020).

Nationella kvalitetsregister

I dag finns det omkring 100 nationella kvalitetsregister i landet som finansieras genom gemensamt ekonomiskt stöd från hälso- och sjukvårdshuvudmännen och staten.⁷⁶ I september 2011 tecknade staten och SKR en överenskommelse om en gemensam satsning under 2012–2016 för att utveckla de nationella kvalitetsregistren så att deras potential för vårdens utveckling kunde realiseras.⁷⁷ Finansieringen regleras fortfarande i årliga överenskommelser mellan staten och SKR. Under 2021 omfattar satsningen cirka 87 miljoner kronor från staten och 100 miljoner kronor från regionerna.⁷⁸

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slutförde under 2017 en utvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Den samlade bedömningen var att registrens kvalitet hade förbättrats, men att flera av de problem som fanns före satsningen kvarstod. Det handlade bland annat om att det krävs omfattande resurser för att rapportera in data och att det är svårt för vårdens medarbetare att analysera och använda information från registren för lokalt förbättringsarbete. Vidare täcker de nationella kvalitetsregistren bara vissa delar av hälso- och sjukvården och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhöll att ett framtida arbete bör inriktas mot en mer samlad infrastruktur för information som kan möta olika intressenters behov av information om vårdens kvalitet på ett ändamålsenligt sätt. Myndigheten rekommenderade också att regeringen, fram tills att en ny samlad informationsinfrastruktur finns på plats, bör säkerställa att de befintliga nationella kvalitetsregistrens kvalitet minst bibehålls på nuvarande nivå så den nytta som de har kan tillvaratas.⁷⁹ Dessa slutsatser har påverkat inriktningen för parternas fortsatta insatser och finansiering av kvalitetsregistersystemet i överenskommelserna för 2018, 2019, 2020 och 2021.⁸⁰ Regeringen bereder för närvarande en promemoria om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum. Det föreslagna

⁷⁶ Sveriges Kommuner och Regioner, *Om Nationella Kvalitetsregister*, 2021, <https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html> (hämtad 2021-06-10).

⁷⁷ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

⁷⁸ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

⁷⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning – Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2017:4* (2017).

⁸⁰ *Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet* promemoria från Socialdepartementet (dnr S2020/08974/FS).

statsbidraget är tänkt att finansiera verksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum som ska utveckla och upprätthålla infrastruktur för kvalitetsregister. I förslaget till ny förordning framgår att kvalitetsregister som erbjuds stöd genom de regionala register- och cancercentrumen ska ha hög täckningsgrad och bedriva ett arbete för att göra data tillgänglig för andra aktörer i forsknings- och utvecklingssyfte. Förslaget har varit ute på remiss under våren 2021.⁸¹

Det finns en nationell ledningsfunktion för Nationella Kvalitetsregister som ska säkra att kvalitetsregistren i så stor utsträckning som möjligt bidrar till att uppfylla den vision och de fastställda mål som finns i överenskommelsen mellan SKR och staten om nationella kvalitetsregister. Ledningsfunktionen är partssammansatt och består av representanter från regionerna, kommunerna, staten och SKR.⁸² För att stödja kvalitetsregistren under start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys finns en registercentrumorganisation (RCO) i varje sjukvårdsregion. Hos vårdgivarna finns registerhållare och registerstyrgrupp. Den centralt personuppgiftsansvariga myndigheten (CPUA) är ansvarig för lagring av de uppgifter som kvalitetsregistren samlar in och ansvarar därmed för säkerhetsfrågor och för att felaktiga uppgifter i registret rättas.⁸³

Kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga

Utredningen har fokuserat på de kvalitetsregister som följer hälsovårdande verksamheter för barn och unga då de är mest relevanta utifrån utredningens uppdrag. Det är främst barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, men även tandvården som har ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Dessa kvalitetsregister beskrivs närmare nedan. Det finns även andra kvali-

⁸¹ Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet promemoria från Socialdepartementet (dnr S2020/08974/FS).

⁸² Nationella Kvalitetsregister, *Aktörer med nationella uppdrag inom kvalitetsregisterorganisationen*, 2021, <https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/2organisationochroller/aktorermednationellauppdraginomkvalitetsregisterorganisationen.44662.html> (hämtad 2021-06-15).

⁸³ Nationella Kvalitetsregister, *Centralt personuppgiftsansvar (CPUA)*, u.å., <https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/3juridikochoetik/centraltpersonuppgiftsansvarcpua.44700.html> (hämtad 2021-06-15) och prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 183.

tetsregister som omfattar barn, bland annat Neonatalregistret (SNQ), Barnobesitasregister i Sverige (BORIS), Svenska barnreumaregistret och Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup).

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister som består av arbetsgrupperna för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossning. Graviditetsregistret är en sammanslagning av kvalitetsregistren för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Mödrahälsovårdsregistret har funnits sedan 1999 och registret för fosterdiagnostik sedan 2010. Karolinska universitetssjukhuset är personuppgiftsansvarig och ansvarig myndighet för registret.

I Graviditetsregistret samlas information från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen. Uppgifter som ingår är till exempel ultraljud, sjukdomshistoria, självskattad hälsa och information om barnets tidiga tillstånd. Data till registret hämtas från standardiserade, elektroniska journalsystem vilka omfattar de flesta gravida som skrivs in på mödrahälsovården och har därmed en hög täckningsgrad. 2019 registrerades ungefär 91 procent av alla förlossningar i registret från journalsystemen. Data överförs varje dag. Genom snabb återkoppling av data och resultat via Graviditetsregistret skapas förutsättningar för förbättringsarbeten i verksamheterna. Registret är också källa för forskning inom området graviditet och förlossning.⁸⁴

Graviditetsregistret har under de senaste åren arbetat fram Graviditetsenkäten tillsammans med SKR, Nationell Patientenkät, Bristningsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och SFOG- Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi. Enkäten finns på sju språk och undersöker kvinnors hälsa och upplevelser av vården under graviditet, förlossning och eftervård. Den skickas sedan december 2020 ut via 1177 från graviditetsregistret vid tre tillfällen, i graviditetsvecka 25, åtta veckor efter förlossning och ett år efter förlossning. SKR har tagit fram två rapporter som redovisar de övergripande,

⁸⁴ Graviditetsregistret, *Detta är Graviditetsregistret*, u.å., www.medscinet.com/gr/omregistret.aspx (hämtad 2021-08-20).

nationella resultaten.⁸⁵ Graviditetsregistret kartlägger också årligen mödrhälsovårdens struktur genom en nationell enkät, med frågor om organisationstillhörighet, fördelning av antal barnmorsketjänster per mottagning och antal inskrivna per heltids barnmorsketjänst.⁸⁶

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) startade 2011 och samlar personuppgifter under de år som barn har kontakt med barnhälsovården, från födseln och upp till 5 års ålder. Registret utgör en grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete inom barnhälsovården och ger möjlighet att följa utvecklingen av hälsoläget bland barn nationellt, regionalt och på lokal nivå samt att mäta föräldrarnas och barnens uppfattning om barnhälsovården via så kallad PREM-data. I registret samlas uppgifter in till exempel om amning, tobaksrökning, vaccinationer, besök, längd, vikt, undersökningar av språkutveckling, hörsel och synförmåga och skickade remisser. Region Östergötland är central personuppgiftsansvarig myndighet för BHVQ.⁸⁷

Arbetet med att utveckla kvalitetsmått inom BHVQ kan enligt företrädare för registret inte jämföras med de kvalitetsregistersystem som finns för övrigt inom sjukvården. Barnhälsovårdens mått grundar sig på antaganden om långsiktiga allmänna hälsoeffekter baserat på insatser i barnhälsovårdsprogrammet men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser ger förutsättningar för hög kvalitet, till exempel genomförande av screening för postnatal depression hos mödrar, eller tillgång till personal med rätt utbildning. Genom nationella jämförelser skapas incitament för verksamheterna att tillhandahålla en jämlik barnhälsovård över hela landet.⁸⁸

Registret utgår från principen i barnkonventionen om barnets rättigheter som innebär att konventionsstaterna ska säkerställa att föräldrar och barn får undervisning om barnhälsovård. Det är därför en viktig uppgift för BHVQ att följa täckningsgraden, hur stor andel

⁸⁵ Sveriges Kommuner och Regioner, *Graviditetsenkäten. Resultat 1 december 2020 – 31 mars 2021*, 2021, <https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html> (hämtad 2021-06-15).

⁸⁶ Graviditetsregistret, *Graviditetsregistrets årsrapport 2019*, (2020).

⁸⁷ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., <http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/> (hämtad 2021-06-16).

⁸⁸ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., <http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/> (hämtad 2021-06-16).

av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.⁸⁹

Målpopulationen för BHVQ är alla folkbokförda barn 0–5 år i Sverige. Anslutningsgraden för registret är enligt BHVQ:s årsrapport 2019 7,5 procent av samtliga barnhälsovårdsenheter i Sverige och består av regionerna Dalarna och Jönköping. Sedan oktober 2020 registrerar också Region Sörmland data till BHVQ.⁹⁰ Anslutningsprojekt pågår i ytterligare sju regioner och planeras i ytterligare åtta regioner.⁹¹ Enligt uppgift från företrädare för BHVQ är många regioner intresserade av att ansluta sig men väntar på att finansieringen ska vara säkrad. Detta beskrivs närmare under egen rubrik lite längre ned.

BHVQ är utvecklat för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, enligt nationellt överenskommen informationsstruktur. På så sätt kan dubbeldokumentation undvikas, vilket underlättar administreringen av dessa uppgifter. Registret tillåter också ett webbaserat registerformulär som tillfällig lösning, förutsatt att regionen har för avsikt att övergå till automatiserad datainsamling i framtiden.

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ)

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ) har funnits sedan 2015. Registret följer och utvärderar barns och ungas hälsa och utveckling i skolåldrarna, genom automatiserad överföring av data från journal till EMQ. Registret möjliggör öppna jämförelser av elevhälsans medicinska insatser för att utvärdera om tillgång till sådana insatser är likvärdig på nationell nivå. Region Östergötland är centralt personuppgiftsansvarig myndighet för EMQ.⁹²

Uppgifter om hälsa samlas in för barn och unga i förskoleklass och årskurs 1, 2, 4, 7 eller 8 i grundskolan och år 1 i gymnasieskolan. Avsikten är att alla skolformer ska komma att ingå, men arbetet har ännu inte kommit så långt enligt företrädare för kvalitetsregistret. Tanken är att ett utbyggt register ska täcka hela populationen skolbarn upp

⁸⁹ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Om BHVQ*, u.å., <http://bhvq.se/om-bhvq/> (hämtad 2021-05-17).

⁹⁰ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Årsrapport 2019* (2020).

⁹¹ Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret*, u.å., <http://bhvq.se/> (hämtad 2021-05-21).

⁹² Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Registerbeskrivning* (u.å.).

till 18 år, vilket motsvarar 1,4 miljoner skolbarn. Registret kan presentera utfallsdata för riket, län, kommun och per skolenhet.⁹³

Variabler som registreras i EMQ är längd, vikt och resultat från rygg-, syn- och hörselundersökningar. Dessutom registreras vaccinationer och remisser för identifierade avvikelser för den fysiska hälsan vid givna åldrar.⁹⁴ Mot bakgrund av den ökande psykiska ohälsan hos barn och unga har EMQ tillsammans med professionen därutöver tagit fram variabler som rör den psykosociala hälsan. Variablerna bygger på frågor inom tio hälsoområden. Dessa är sömn, magont, huvudvärk, allmänt mående, frukostvanor, nedstämdhet, fysisk aktivitet, trivsel i skolan, någon att prata med och stress.⁹⁵ EMQ arbetar löpande med att kvalitetssäkra och utveckla frågorna och variablerna.

Socialstyrelsen har under 2020 haft regeringens uppdrag att lämna förslag om och hur data som samlas in till EMQ skulle kunna samlas in av Socialstyrelsen. I uppdraget ingår att analysera förutsättningarna för datainsamlingen, samt lämna förslag på lösning i de fall det finns juridiska, tekniska eller praktiska hinder för datainsamlingen.⁹⁶ I dialog med Socialstyrelsen har framkommit att myndigheten bedömer att data som samlas in av EMQ inte kan hanteras inom ramen för hälsodataregister. Det beror bland annat på att elevhälsans medicinska insatser inte är regional hälso- och sjukvård och därmed inte inryms inom patientregistret. Dessutom innehåller EMQ uppgifter om hälsa som inte är kopplad till diagnos, till exempel tillväxt och mående, vilket inte inryms i förordningen när det gäller vilka uppgifter som får samlas in. Vissa av uppgifterna lämnas av eleverna själva, bland annat genom en enkät om psykosocial hälsa. Denna typ av uppgifter lämpar sig enligt Socialstyrelsen inte heller för ett hälsodataregister som bygger på uppgiftsskyldighet i stället för samtycke.

I maj 2021 var sex kommuner anslutna och cirka 45–50 kommuner var klara att ansluta sig till EMQ. Det finns även många regioner är intresserade av att ansluta sig till registret.⁹⁷ I avvaktan på besked om finansiering har styrgruppen för EMQ beslutat att inga nya an-

⁹³ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskomsten om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁹⁴ Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Variabellista* (u.å.).

⁹⁵ Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats – Årsrapport EMQ 2018*, (2019).

⁹⁶ Regleringsbrev avseende budgetåret 2020 för Socialstyrelsen (S2020/03087/RS).

⁹⁷ Nationella kvalitetsregistret för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Verksamhetsberättelse 2020* (2021).

slutningar kommer att genomföras. Oklarheterna kring finansieringen beskrivs närmare nedan.

Det har gjorts olika bedömningar av om BHVQ och EMQ kan vara nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren BHVQ och EMQ har sedan 2013 respektive 2015 finansierats inom överenskommelsen om stöd till nationella kvalitetsregister.⁹⁸ I oktober 2019 antog Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister en promemoria om vilka kriterier som gäller för att ett kvalitetsregister ska kunna definieras som ett nationellt kvalitetsregister inom ramen för överenskommelsen.⁹⁹ Till dessa kriterier hör att kvalitetsregister ska följa upp vård och behandling för specifika och enstaka diagnoser, avse en avgränsad population, inte innehålla generella inklusionskriterier för patienter och inte ha andra primära intressenter för återkoppling av resultat eller för insamling av uppgifter än anslutna vårdgivare.¹⁰⁰ Vid samma tillfälle beslutade Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister att BHVQ och EMQ inte utgör nationella kvalitetsregister enligt kriterierna i promemorian.¹⁰¹ Av en promemoria från oktober 2020 framgår att Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister inte utesluter att hälsovård och andra förebyggande åtgärder kan rymmas inom begreppet kvalitetsregister och där själva åtgärden kan utgöra ett mått på individuella förebyggande insatser. Enligt Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister måste det dock alltså röra sig om en specifik diagnos som ska förebyggas genom individuella insatser.¹⁰²

Region Östergötland, som är centralt personuppgiftsansvarig för EMQ och BHVQ, har i skrivelser till ledningsfunktionen lyft fram att de ändamål som är satta för EMQ och BHVQ handlar om utveckling och förbättring av elevhälsovården respektive barnhälsovården i Sverige. Region Östergötland anser därmed att både EMQ och BHVQ följer patientdatalagens bestämmelse om att regionala och nationella

⁹⁸ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

⁹⁹ Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Protokoll Ledningsfunktionens möte 2019-10-17*.

¹⁰⁰ Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Överväganden om kriterier för kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen* (2019) och *Svenska Barnhälsovårdsregistret* (2020).

¹⁰¹ Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, 2019-10-17.

¹⁰² Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, 2020.

kvalitetsregister ska ha ändamålet att utveckla och säkra vårdens kvalitet.¹⁰³

Folkhälsomyndigheten gör en liknande bedömning. Enligt Folkhälsomyndigheten behöver verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med barn och elever uppgifter för kvalitetsuppföljning och verksamhetsutveckling, och BHVQ och EMQ har byggts upp för detta ändamål.¹⁰⁴ Enligt Folkhälsomyndigheten har Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregisters beslut om att BHVQ och EMQ inte uppfyller kriterierna för nationella kvalitetsregister skapat otydlighet och osäkerhet om registrens juridiska status. Folkhälsomyndighetens bedömning är att beslutet medför att regioner och kommuner inte kommer att fortsätta ansluta sig till registren och att omfattande och kostsamma pilot- och anslutningsprojekt kommer att avstanna.¹⁰⁵ I samtal med utredningen har företrädare för EMQ och BVHQ bekräftat att ledningsfunktionens beslut har fått betydande konsekvenser för registren, särskilt när det gäller anslutningsgraden. Det är många vårdgivare som är intresserade av att ansluta sig till registren men som avstår i avvaktan på att finansieringen av registren ska vara säkrad.

I utredningens dialoger med företrädare för andra kvalitetsregister har det framkommit att ledningsfunktionens beslut och stödfunktionens promemoria även har fått avgörande betydelse för deras uppfattning om möjligheterna att behandla personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser i kvalitetsregister. Enligt utredningen framstår det därför som angeläget att frågan utreds och att möjligheterna förtydligas.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

Som beskrivs i utredningens delbetänkande är tandvården en verksamhet som möter de allra flesta barn och unga i Sverige. Inom tandvården bedrivs ett omfattande hälsofrämjande arbete. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) bildades 2008 och är Sveriges

¹⁰³ Region Östergötland, *Rättsutredning av Nationellt Kvalitetsregister för Elevhälsans medicinska insats (EMQ)* (2019) och *Rättsutredning av Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)* (2019).

¹⁰⁴ Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser* (2019-12-05).

¹⁰⁵ Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser* (2019-12-05).

enda kvalitetsregister för tandvård. SKaPas syfte är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl sjukdomsförebyggande som sjukdomsbehandlande åtgärder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit (samlingsnamnet för tandköttinflammationer). Kvalitetsregistret innehåller uppgifter om barns och vuxnas tandhälsa med betoning på kariesförekomst och behandling samt parodontit. Registret avser att omfatta alla tandvårdspatienter, alla besök, alla tillståndskoder och alla åtgärder. I nuläget rapporterar alla folktandvårdsorganisationer till registret och runt 150 privattandvårdsmottagningar inom Praktikertjänst. Det går inte att använda begreppet täckningsgrad på samma sätt som för kvalitetsregister för övrig hälso- och sjukvård, eftersom tandvårdens verksamhet är organiserad och uppbyggd på ett annat sätt än övrig hälso- och sjukvård. Om man beräknar andelen barn och ungdomar i relation till befolkningsdata blir täckningsgraden cirka 90 procent.¹⁰⁶

4.4 Informationsdelning inom hälso- och sjukvården och mellan vård- och omsorgsverksamheter brister

Införandet av vårdinformationssystem har effektiviserat informationshanteringen i hälso- och sjukvården och bidragit till att förenkla informationsutbytet inom och mellan olika vårdgivare. I dag är i stort sett alla delar av hälso- och sjukvårdens verksamheter digitaliserade i betydelsen att man har elektronisk journalföring och samtliga huvudmän har en etablerad informationsstruktur. Samtidigt finns ett antal utmaningar som påverkar förutsättningarna för informationsdelning i hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis brukar dessa utmaningar beskrivas i termer av juridiska, tekniska, semantiska samt organisatoriska och kulturella frågor.¹⁰⁷

De *juridiska* frågorna handlar om vilka rättsliga förutsättningar som styr hur vårdinformation får delas inom och mellan olika vårdgivare och skyddet för den enskildes integritet.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa), *Verksamhetsberättelse för 2020 – Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit* (2021).

¹⁰⁷ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019), SOU 2016:2 *Effektiv vård*, s. 288 ff. och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*, PM 2016:7 (2016).

¹⁰⁸ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.

De *tekniska* frågorna handlar bland annat om vårdinformati-
ons-systemens funktionalitet, överskådlighet, struktur, användarvänlighet
och förutsättningarna för olika system inom hälso- och sjukvården
och omsorgen att kommunicera med varandra både inom en vård-
givare och över vårdgivargränser. Det finns en mångfald av vårdinfor-
mationssystem för dokumentation inom hälso- och sjukvården och
socialtjänsten som inte kommunicerar med varandra.¹⁰⁹

Det är också kostsamt att koppla samman olika vårdinformati-
ons-system. Inera drar slutsatsen att alla regioner måste tillföra ytterligare
medel för att uppnå målen i Vision e-hälsa 2025 som beskrivs närmare
under avsnitt 4.5.1 i detta kapitel. Inera redovisar att it-kostnaderna
hos regionerna i relativa tal har varit stabila sedan 2004 på cirka 2,8–
2,9 procent av omsättningen. År 2019 var andelen 2,98 procent.¹¹⁰ Mot-
svarande aggregerade siffror för kommunens it-investeringar saknas.

De *semantiska* frågorna handlar om utvecklingen och användningen
av standardiserade termer och begrepp med bakomliggande kodverk
i de olika vårdinformationssystemen. Detta inbegriper både informa-
tionsstruktur och dokumentationsstruktur för vårdinformati-
ons-systemen.¹¹¹

De *organisatoriska och kulturella* frågorna handlar både om verk-
samheternas processer och arbetssätt och enhetlig och korrekt doku-
mentation. För en ändamålsenlig samverkan krävs gemensamma mål
och förmåga att samordna sina processer över verksamhetsgränser,
både inom och mellan hälso- och sjukvården och omsorgen. Den låga
personkontinuiteten i dagens hälso- och sjukvård ställer också höga
krav på informationssystemen.

Sverige var tidigt ute med att digitalisera vården. Myndigheten för
vård- och omsorgsanalys har tidigare lyft fram det som en möjlig för-
klaring till att systemen inte alltid fungerar ändamålsenligt. Dess-
utom använder regioner olika system, och även inom deras respektive
verksamheter används i vissa fall olika system, vilket försvårar kom-
munikationen och överföringen av vårdinformation mellan dem.¹¹²

För att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som är
anpassade till de behov som finns i dagens hälso- och sjukvård, och där

¹⁰⁹ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vård-
händelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.

¹¹⁰ Lars Jerlwall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna, maj 2020* (2020).

¹¹¹ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vård-
händelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.

¹¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården –
lärdomar från läkarnas perspektiv*, PM 2016:7 (2016).

information kan tolkas och delas mellan vård- och omsorgsgivare, krävs ett helhetsperspektiv på de tekniska, juridiska, semantiska och kulturella frågorna och gemensamma investeringar från berörda aktörer.¹¹³

Olika processer i verksamheterna och olika system behöver utgå från samma förutsättningar för att kunna fungera tillsammans och kommunicera med varandra, detta kallas interoperabilitet.

4.4.1 Juridiska möjligheter till informationsdelning finns redan i dag

Som huvudregel gäller sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL, och 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Inom en vårdgivare kan personal dock ta del av information om patienten, om personalen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen [2008:355]). Möjligheterna att dela personuppgifter om patienter mellan olika vårdgivare, exempelvis mellan verksamhet i regionens regi och vårdgivare som finansieras av regionen men drivs i privat regi, är alltså mer begränsade än möjligheterna att dela personuppgifter mellan personal inom en och samma vårdgivare. Utredningen konstaterar därmed att förutsättningar för informationsdelning i en region påverkas av hur stor del av verksamheten som bedrivs i regionens egen regi. Det är också något som framhållits av andra utredningar.¹¹⁴

Vissa möjligheter att dela uppgifter mellan vårdgivare finns dock, exempelvis kan reglerna om sammanhållen journalföring tillämpas (se 6 kap. patientdatalagen). Det krävs för att uppgifterna ska få vara tillgängliga mellan olika vårdgivare genom direktåtkomst. Mellan olika vårdgivare kan information delas även på andra sätt, exempelvis om patienten har gett sitt samtycke till det (10 kap. 1 § OSL). Beskrivningar om sekretess, tystnadsplikt, sekretessbrytande bestämmelser och undantag finns i kapitel 3, Gällande rätt.

När det gäller informationsdelning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste det som huvudregel föregås av en utlämnandeprövning. På motsvarande sätt som hälso- och sjukvårdssekretessen,

¹¹³ SOU 2016:2 *Effektiv vård: slutbetänkande*, s. 288 ff.

¹¹⁴ SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 297–299.

gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Några av de sekretessbrytande bestämmelser och undantag som beskrivs i kapitel 3, Gällande rätt, gäller också för den sekretess som gäller i socialtjänsten. Exempelvis kan uppgifter som utgångspunkt lämnas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården med stöd av den enskildes samtycke. Det finns dock inte någon möjlighet som motsvarar sammanhållen journalföring inom socialtjänsten eller mellan hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter. Lagförslag om att möjliggöra det i vissa avseenden har däremot nyligen presenterats av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01).¹¹⁵

4.4.2 Tekniska förutsättningar för informationsdelning

Utveckling av e-hälsospecifikationer bidrar till tekniska lösningar

För att underlätta informationsutbyte inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst har E-hälsomyndigheten regeringens uppdrag att sammanställa, tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella e-hälsospecifikationer.¹¹⁶ E-hälsospecifikationerna ger förutsättningar för olika vårdinformationssystem att kommunicera med varandra.¹¹⁷

I E-hälsomyndighetens arbete ingår att bygga en teknisk lösning som tillhandahåller e-hälsospecifikationer på ett användarvänligt sätt och att utarbeta ett förslag till hur denna funktion kan förvaltas långsiktigt. Dessutom ingår att definiera gemensamma begrepp inom området, som behövs för att tillsammans med andra kriterier fungera som stöd för bedömning av när och varför en specifikation ska räknas som nationell och gemensam.¹¹⁸

På uppdrag av regeringen har E-hälsomyndigheten gjort en fördjupad analys av vilka områden och stödstrukturer som behöver ut-

¹¹⁵ SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, s. 43 ff.

¹¹⁶ Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer* (dnr S2019/01521/FS).

¹¹⁷ E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).

¹¹⁸ E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).

vecklas ytterligare, för att underlätta det dagliga arbetet med specifikationer i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Analysen visar att det finns stödstrukturer men att det saknas en samordning av dem och att det finns brister när det gäller stöd, styrning, utveckling och användning av e-hälsospecifikationer. E-hälsomyndigheten förordar en nationell aktör som får mandat att driva på utvecklingen, prioritera och fatta nödvändiga beslut samt finansiera utvecklingen av e-hälsospecifikationer. E-hälsomyndigheten lyfter fram att det behöver utredas vidare hur en sådan nationell styrning ska gå till. Vid en internationell utblick konstaterar E-hälsomyndigheten att flera länder har en tydligare reglering när det gäller informationsutbyte än vad Sverige har. I flera länder finns en utpekad nationell aktör för att främja eller styra arbetet med specifikationer och standarder utifrån nationella regelverk.¹¹⁹ Pågående internationellt arbete inom hälsodataområdet beskrivs närmare under avsnitt 4.7 i detta kapitel.

Tekniska förutsättningar för att tillämpa reglerna om sammanhållen journalföring

Genom reglerna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen är det möjligt för olika vårdgivare att under vissa förutsättningar få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Syftet är att öka patientsäkerheten genom enkel och snabb tillgång till information, med bibehållet integritetsskydd. Reglerna om sammanhållen journalföring beskrivs närmare i kapitel 3, Gällande rätt.

Utifrån dagens tekniska förutsättningar finns det framför allt två sätt att praktiskt använda sammanhållen journalföring. Det kan ske genom nationell patientöversikt eller att olika vårdgivare använder samma journalsystem och arrangerar det på ett sådant sätt att utbyte genom direktåtkomst blir möjligt.¹²⁰

Nationell patientöversikt, som ofta kallas NPÖ, är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som gör det möjligt för vård-

¹¹⁹ E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer Delrapport 2, regeringsuppdrag S2019/01521/FS: Fördjupad analys av befintlig ansvarsfördelning kring e-hälsospecifikationer samt kostnadsberäkning för E-hälsomyndighetens tillhörande förvaltning* (2020).

¹²⁰ E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sammanhallen-journalforing/ (hämtad 2021-08-26).

givare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten har gett sitt samtycke till det. Tjänsten förvaltas av Inera och erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare. NPÖ finansieras av regioner och kommuner. Den första versionen av NPÖ kom 2009. De system som gör information synlig i NPÖ ansluts till Nationella tjänsteplattformen som är navet mellan de system som behöver kommunicera med varandra. När vårdpersonal söker information om en patient i NPÖ sammanställer plattformen uppgifter från alla system som har information om den patienten.¹²¹

Alla regioner har anslutit sig för att både läsa och visa information i NPÖ. Vilken information som en region visar i NPÖ varierar från region till region. Det finns tekniska möjligheter att visa mer information i NPÖ än vad som i dag produceras av regionerna. Tillväxtkurvor och mödrahälsovård är exempel på information som är möjlig att visa men som i dagsläget inte produceras av någon region. Sammanlagt producerar Sveriges regioner bara hälften av den information som är tekniskt möjlig att visa i NPÖ.

Nästan alla kommuner har också anslutit sig så att de kan läsa information i NPÖ. Det återstår dock mycket arbete innan all relevant journalinformation blir tillgänglig i NPÖ. I dagsläget är det bara ett fåtal kommuner som gjort sin information tillgänglig. Det finns stor potentiell nytta i att fler kommuner visar sin information så att regionens personal kan ta del av den.¹²² Information som dokumenteras i elevhälsans medicinska insatser skulle därmed kunna tillgängliggöras för regionens personal och kommunikationen med regionens hälso- och sjukvård, som exempelvis BUP, skulle kunna förbättras.

Den samlade nyttan med NPÖ blir större ju mer information som finns tillgänglig. För att uppnå den potentiella nyttan krävs därför ett fortsatt arbete från regioner, kommuner och privata vårdgivare för att visa mer information i NPÖ än vad som finns i dag.¹²³ Användargränssnitt och den tekniska utformningen av systemet har också en avgörande betydelse för användbarhet och därmed påverkan på informationsdelningens kvalitet. Utredningen uppfattar att det finns vissa praktiska begränsningar med NPÖ i dagsläget. Ett sådant exem-

¹²¹ Inera, Nationell patientöversikt – NPÖ, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/ (hämtad 2021-08-30).

¹²² Inera, *Nyttorna med Nationell patientöversikt*, 2019.

¹²³ Inera, *Om NPÖ*, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/#section-3228 (hämtad 2021-06-10).

pel är att NPÖ endast visar information för innevarande år och 3 år bakåt i tiden. För bland annat läkemedelsinformation visas information för 5 år bakåt i tiden.¹²⁴ Detta innebär till exempel att journaluppgifter från barnavårdscentraler om de första levnadsåren inte är tillgängliga när barnet börjar skolan, en tidpunkt då de kan vara särskilt betydelsefulla för elevhälsans medicinska insatser.

Regeringen har i april 2021 gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan användas i så stor utsträckning som möjligt i vården och omsorgen, i hela landet och av alla vårdgivare. Myndigheten ska överväga både befintliga, till exempel NPÖ, och alternativa tekniska lösningar. I uppdraget ingår att redogöra för hur eventuella nya förslag kan utformas eller hur befintliga lösningar bör vidareutvecklas. Därutöver ska myndigheten redogöra för vilken eller vilka aktörer som bör vara ansvariga för utveckling, förvaltning och implementering. Det ska även framgå vilka informationsmängder som bör prioriteras i första hand och vidare i det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 februari 2022.¹²⁵

4.4.3 Standardiserade termer och begrepp underlättar informationsdelning

För att underlätta tolkningen och förståelsen av information i vårdinformationssystemen behövs ett gemensamt språk eller gemensam terminologi. Socialstyrelsen har i uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde (4 § 8 förordning [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). I uppdraget ingår att förse hälso- och sjukvården och socialtjänsten med begrepp och termer om vård- och omsorgsdokumentation, uppföljning, forskning och kunskapsutveckling för datoriserade system. Arbetet ska bidra till gemensam begreppsanvändning, ökad informationssäkerhet och säkerhet för patienter, samt till att kunna genomföra pålitliga uppföljningar och jämförelser av vård- och omsorgsinsatser.¹²⁶

¹²⁴ Inera, *Gränssnittsbeskrivning – Nationell patientöversikt version 3.12* (2017, uppdaterad 2018).

¹²⁵ Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att föreslå hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning* (dnr S2021/03119).

¹²⁶ Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).

Det finns olika verktyg för att strukturera och koda information som dokumenteras om patienters vårdprocesser i patientjournaler, som kan användas oberoende av tekniska lösningar i regioner eller kommuner. Till dessa verktyg hör nationell informationsstruktur (NI) och de fackspråkliga resurserna begreppssystemet Snomed CT, hälso-relaterade klassifikationer och Socialstyrelsens termbank. Tillsammans benämns verktygen Gemensam informationsstruktur.¹²⁷

Nationell informationsstruktur är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. NI består av process-, begrepps- och informationsmodeller som används som referensmodeller för att utveckla strukturerad dokumentation kring patienter och brukare. Förvaltningen och vidareutvecklingen av NI fokuserar på det innehåll som har störst betydelse för verksamheterna inom vård och omsorg, utifrån behovet av en strukturerad dokumentation. Vidareutvecklingen innefattar bland annat begreppsutredning och juridisk utredning, och genomförs i ett nära samarbete mellan informatiker, terminologer, jurister och verksamhetsrepresentanter.¹²⁸

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem. Snomed CT syftar till att göra dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig. Snomed CT ger förutsättningar för att information som dokumenteras kan kommuniceras och överföras mellan olika system med bibehållen betydelse och att informationen är entydig, säker och jämförbar. Socialstyrelsen arbetar för att Snomed CT ska komma i användning inom svensk hälso- och sjukvård. Dessutom arbetar Socialstyrelsen med att utöka, förvalta och förbättra begreppssystemet så att det är anpassat till de behov som finns i nya eller uppdaterade journalsystem inom hälso- och sjukvården.¹²⁹

Socialstyrelsen har ansvaret för flera nationella och internationella hälso-relaterade klassifikationer, till exempel ICD-10-SE (diagnos-koder), KVÅ (åtgärds-koder) och ICF (koder för funktionstillstånd). Med klassifikationer kan personal i vård och omsorg dokumentera information om patienter och brukare på ett systematiskt och enhetligt sätt. Klassifikationerna behövs för att man ska kunna följa orsa-

¹²⁷ Socialstyrelsen, *E-hälsa*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/ (hämtad 2021-06-09).

¹²⁸ Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/nationell-informationsstruktur/ (hämtad 2021-06-09).

¹²⁹ Socialstyrelsen, *Snomed-ct*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/snomed-ct/ (hämtad 2021-06-09).

kerna till att människor kontaktar vården eller socialtjänsten, vilka åtgärder som vidtas och vilka resultat de ger samt hur spridda olika sjukdomar är. Målet är att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg ska använda gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt.¹³⁰

Socialstyrelsen ansvarar även för samordning och utveckling av en gemensam terminologi inom vård- och omsorgsarbete som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att enhetliga termer och begrepp ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Det är en förutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader. Termer och begrepp sammanställs i Socialstyrelsens termbank. Begreppen är analyserade i samarbete med sakkunniga på området och förankrade hos kommuner, regioner, myndigheter och andra organisationer.¹³¹ Utredningen erfar att nationella termer och begrepp inte tillämpas i tillräcklig utsträckning i hälso- och sjukvården. Det försvårar möjligheterna att dela information, både inom och mellan vårdgivare och i uppföljningssyfte. Det är också viktigt att termer och begrepp utvecklas och anpassas till hälso- och sjukvårdens behov.

4.4.4 Organisation och kultur är centrala faktorer för informationsdelningen

Organisatoriska hinder föreligger för informationsdelning, inte minst genom ökad privatisering och mångfald av vårdgivare, införande av vårdvalssystem och olika huvudmän för vård och omsorg.

Utredningen konstaterar i delbetänkandet att det inte finns några enkla lösningar på en sammanhållen vård i det fragmentiserade och komplexa systemet med fler huvudmän och vårdverksamheter som råder. Denna komplexitet bidrar även till svårigheter att samordna processer och arbetssätt.¹³²

Det krävs också en kultur i hälso- och sjukvården som bidrar till och stödjer en gemensam utveckling av ändamålsenliga vårdinformationssystem, gemensamma arbetssätt, och en enhetlig användning av

¹³⁰ Socialstyrelsen, *Klassificering och koder*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/ (hämtad 2021-06-09).

¹³¹ Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).

¹³² SOU 2021:34, s. 253.

standardiserade termer och begrepp. Det ställer krav på vilja och förmåga till förändring i den egna verksamheten. I utredningens dialoger har det framkommit att framför allt de kulturella och semantiska frågorna är centrala för att informationsdelning ska komma till stånd. Det pågår en mängd insatser nationellt, regionalt och lokalt och arbetet inkluderar myndigheter, regioner och kommuner. Det finns uppbyggda strukturer för att stödja samverkan inom detta område, men trots det sker för många initiativ parallellt utan tillräckligt bra samordning.

Det finns i dag ingen tydlig koordinering av dessa insatser, vilket försvårar förutsättningarna för att få till stånd en god informationsdelning. Det behövs också stärkta insatser från huvudmän och statliga myndigheter för ett nationellt samordnat vårdinformationsarbete i syfte att utveckla sammanhållna digitala stöd för patienter, vårdpersonal och vårdgivare.

4.5 Insatser för att främja en god informationsdelning

4.5.1 Vision e-hälsa 2025 innehåller gemensamma utgångspunkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

På nationell nivå görs insatser som ska bidra till en bättre infrastruktur och som stödjer en god informationsdelning i hälso- och sjukvården. Regeringen och SKR har tagit initiativ till bland annat Vision e-hälsa 2025. Enligt visionen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. En ökad digitalisering ska ge ändamålsenliga verksamhetsstöd för att säkra en socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård av god kvalitet.¹³³

Inom visionen för e-hälsa 2025 finns tre prioriterade insatsområden. Dessa är regelverk, enhetlig begreppsanvändning och standardiseringsfrågor. Insatsområdena ska stödja utvecklingen av mer ända-

¹³³ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

målsenliga vårdinformationssystem och informationsutbyte mellan vård- och omsorgsgivare och uppföljning av vårdens resultat.¹³⁴

Utgångspunkten för insatsområdet *regelverk* är att balansera frågor om den personliga integriteten med frågor om kvalitet, effektivitet och säkerhet i vård och omsorg och att regelverken ska vara anpassade till och möjliggöra den tekniska utvecklingen. Inom detta område har staten det normgivande ansvaret och SKR ska verka för huvudmännens följsamhet till befintlig lagstiftning.¹³⁵

Insatsområdet *enhetlig begreppsanvändning* syftar till att utveckla giltiga och användbara termer, begrepp, koder och informationsstrukturer som ska möjliggöra informationsutbyte i hälso- och sjukvården och omsorgen. Informationsstrukturen ska ge förutsättningar för att analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdens och omsorgsinsatsers resultat över tid, mellan olika aktörer och olika processer och behandlingsformer. Inom detta område ska regeringen verka för att huvudmännen får nationellt stöd och SKR ska verka för ett ökat samarbete mellan huvudmännen och statliga aktörer när det gäller utvecklingen av gemensamma termer och begrepp.¹³⁶

Insatsområdet *standards* handlar om att utveckla tekniska förutsättningar för att utbyta information, till exempel gemensamma nationella specifikationer och tjänster för säker behörighet och processer och för att möjliggöra för olika vårdinformationssystem i vård och omsorg att kommunicera med varandra. Inom detta område ska regeringen verka för ett internationellt och nationellt standardiseringsarbete och SKR ska verka för att huvudmännen inför överenskomna standarder i sina system.¹³⁷

Regeringens och SKR:s gemensamma arbete med Vision e-hälsa 2025 har fastställts i en handlingsplan för åren 2020–2022. Strategin bryts i sin tur ner i flera genomförandeplaner som beskriver de insatser som ska genomföras inom strategins prioriterade områden och uppföljning av insatserna. I de prioriterade områdena ingår insatser för att till exempel skapa trygg och säker informationshantering så att medarbetarna ska ha tillgång till relevant information i vårdmötet

¹³⁴ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

¹³⁵ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

¹³⁶ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

¹³⁷ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

och stöd för utvecklingen av digital kompetens på alla nivåer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Arbetet med att nå visionen kräver insatser från flera olika aktörer såsom statliga myndigheter, regioner, kommuner, högsolor, näringsliv och idéburna verksamheter. Andra centrala parter i arbetet är patient-, brukar- och anhörigorganisationer liksom professions- och personalföreträdare.¹³⁸

Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 är ett av fyra övergripande utvecklingsområden inom överenskommelsen mellan staten och SKR om en God och nära vård 2021. För utvecklingsområdet avsätts 200 miljoner kronor 2021 till regionerna varav 100 miljoner kronor för vidare utbetalning till SKR för utveckling och modernisering av 1177 Vårdguiden och 100 miljoner kronor för insatser inom områdena strukturerad vårdinformation och standardisering samt trygg och säker informationshantering. För att få ta del av medlen ska regionerna fortsatt arbeta för gemensam tillämpning av standarder. Det handlar bland annat om att identifiera vilken information som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt, vad som behöver göras i vårdinformationssystem för att möjliggöra dokumentation av informationen samt hur informationen ska kunna fångas och delas på ett enkelt och tryggt sätt i vårdens processer och av patientens olika vårdgivare, oberoende av driftsform eller lokalisering.¹³⁹

E-hälsomyndigheten har i uppdrag att följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och årligen lämna en uppföljningsrapport till regeringen. I uppföljningen för 2020 av visionen för e-hälsa konstaterar myndigheten att internationell jämförelse är svår då det till stor del saknas jämförbara internationella indikatorer. Vidare konstateras att det sker snabba förändringar inom e-hälsolandskapet och i vården och omsorgen som gör att vissa indikatorer för uppföljning blir föråldrade. Det saknas också i dagsläget indikatorer för adekvat uppföljning inom många områden. Existerande indikatorer behöver därför kontinuerligt utvärderas och uppdateras, samt nya indikatorer skapas. E-hälsomyndigheten bedömer slutligen att det finns en potential till ökad digitalisering på nationell nivå genom att enbart öka användningsgraden av existerande lösningar.¹⁴⁰

¹³⁸ Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025 – Nästa steg på vägen.

¹³⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

¹⁴⁰ E-hälsomyndigheten, *Uppföljning Vision e-hälsa 2025 – Rapport avseende 2020* (2021).

Nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation

Inom den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården finns en nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation. Samverkansgruppen har i uppdrag att samordna regionernas arbete för en mer enhetlig informationsstruktur inom och över system- och vårdgivargränser. Det övergripande syftet med samverkansgruppens arbete är att säkra följsamhet till överenskomna tillämpningar av till exempel standarder och kodverk. Samverkansgruppen ska också utreda förutsättningar och möjligheter till enhetlig och strukturerad dokumentation samt principer och metoder för arbetet framåt. Det pågår också ett arbete med att ta fram en effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och nationella kvalitetsregister.

Genom att samordna och samarbeta kring frågor som rör informationsstruktur kan regionerna minska mängden dubbelarbete och skapa förutsättningar för bättre tillgång till vårdinformation och kunskap över system- och vårdgivargränser. Samverkansgruppen har också fått ett mandat att fatta gemensamma beslut, för att ge regionerna bättre förutsättningar att samlat och mer effektivt möta de möjligheter och utmaningar som utvecklingen av framtidens vårdinformationsmiljöer medför.¹⁴¹

Utredningen bedömer att det för den fortsatta utvecklingen av e-hälsa är viktigt att få ordning på användningen av begrepp, termer, kodverk, klassifikationer, informationsstruktur, modeller och standarder inom hälso- och sjukvården. Detta är en förutsättning för att informationen ska kunna återanvändas i olika syften, utan att förlora sitt sammanhang eller sin betydelse. Det är också en förutsättning för att uppgifter ska kunna föras över mellan system och tolkas på samma sätt oavsett i vilket system de hamnar.

¹⁴¹ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *NSG Strukturerad vårdinformation*, u.å., <https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellasamverkansgruppernsg/nsgstruktureradvardinformation.731.html> (hämtad 2021-07-01).

4.5.2 På regional och lokal nivå pågår ett omfattande arbete för att främja en god informationsdelning

Samtliga regioner i Sverige bedriver eller planerar i nuläget någon form av utvecklingsarbete av sina vårdinformationssystem.¹⁴² Några har valt att upphandla nya system medan de övriga utvecklar sitt befintliga system.¹⁴³ Till de största regionala och multiregionala it-projekten hör Sussa-samverkan¹⁴⁴ och Framtidens Vårdinformationsstöd (FVIS) där nio regioner ingått avtal, Skånes digitala vårdsystem (SDV) och Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) i Västra Götalandsregionen. Även Region Stockholm, som satsar på att flera olika system ska fungera tillsammans, behöver bygga upp en gemensam plattform och databas för hälsodata i regionen. I vissa fall har även kommunerna option på deltagande, till exempel när det gäller elevhälsans medicinska insatser och vissa delar av vården och omsorgen om äldre personer. Dessa projekt är mycket omfattande och resurskrävande och innebär stora investeringskostnader för regionerna. Det gäller inte minst för systemens drift och underhåll, projektledning och en inre omställning från kanske tusentals lokala it-system med egna databaser som ska ersättas av ett modersystem och en gemensam hälsodatabas. De beskrivs ofta av regionerna själva som paradigmskiften i vården där medarbetarna behöver ställa om och ompröva sina arbetssätt och sin syn på både patienter, sitt eget arbete och vården i stort. Ett konkret exempel på en sådan omställning är utvecklingen från en traditionell och ibland omfattande fritext i journal, som ofta är svår att överblicka och medför patientrisker vid nya vårdkontakter eller i akuta situationer, till checklistor med förfyllda parametrar som bockas av utifrån evidens och bästa kliniska praxis. Det ställer frågor om tillitsbaserad styrning och professionens fria yrkesutövning och ledningen av en kunskapsutveckling verksamhet på sin spets.

Utvecklingsarbetet berör också ett av de mest omtalade problemen i dagens hälso- och sjukvård, administrativ överbelastning, där dessa system bär på möjliga lösningar men även på risker. Att skapa framtidens vårdinformationssystem för tiotusentals medarbetare och hundratals verksamheter, samtidigt som vården ska drivas patient-

¹⁴² Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna*, maj 2020 (2020).

¹⁴³ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess* (2019).

¹⁴⁴ Sussa står för strategisk utveckling av sjukvårdsstödande applikationer. I SUSSA-gruppen ingår regionerna Blekinge, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro. Regionerna Dalarna, Gävleborg, Halland och Norrbotten ingår som optionspartners.

säkert, har visat sig komplext och förenat med stora utmaningar. Inte desto mindre har utvecklingen gått framåt, både globalt och nationellt och vissa regioner har kommit långt. Utredningen noterar att det i dag finns ett fåtal större system i Sverige, vilket är en förbättring från en tidigare situation med mångfald av olika mindre lokala och separerade system.

Givet allt detta och eftersom den digitala utvecklingen går fort framåt i samhället i stort, liksom i den medicintekniska världen, är det många som menar att Sverige borde haft en gemensam styrning mot ett nationellt system.¹⁴⁵ Detta behöver ses i förhållande till den grundlagsskyddade kommunala självstyrelsen i Sverige som innebär att kommuner och regioner sköter lokala eller regionala frågor med en stor handlingsfrihet. Svårigheterna kommer alltså att vara att förena olika aktörer och medarbetare i samsyn kring innehållet i vården, att skapa en ändamålsenlig och fungerande infrastruktur samt att få med professionen och den kliniska verksamheten i utvecklingen av systemen.¹⁴⁶

4.6 Brister i dokumentation och informationsdelning drabbar patienten

Informationen om ett barns eller en ung persons fysiska och psykiska hälsa och utveckling hålls inte samman mellan de olika vårdaktörerna, till exempel inom barn- och ungdomshälsovården och inte heller mellan andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det beror på en kombination av olika faktorer som påverkar förutsättningarna, som beskrivits ovan. Det är svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att bedöma barnets eller den unges hälsoutveckling, när det inte finns tillgång till information om tidigare hälsotillstånd och vårdåtgärder. Det kan leda till att behov missas, när barnet eller den unge signalerar ohälsa på olika sätt eller om riskfaktorer för ohälsa inte identifieras.

När de olika aktörerna finns inom samma vårdgivare, är förutsättningarna för en sammanhållen information ofta bättre än när det gäller delning av information mellan olika vårdgivare, eftersom personal som deltar i vården av barnet eller den unge inom samma vårdgivare kan ta del av informationen. Aktörerna inom barn- och ungdomshälsovården hör dock till olika vårdgivare, eftersom elevhälsans medicinska

¹⁴⁵ SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 516.

¹⁴⁶ Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna, maj 2020* (2020).

insatser oftast inte bedrivs av samma vårdgivare som bedriver andra verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården. Därtill kan även mödrahälsovård och barnhälsovård utföras av olika vårdgivare. När aktörerna hör till olika vårdgivare krävs för en sammanhållen informationskedja att sammanhållen journalföring tillämpas mellan de olika vårdgivarna eller att utlämnande av uppgifter sker på annat sätt, exempelvis med stöd av den enskildes samtycke. I vissa regioner där andelen privata vårdgivare är hög, kan dock förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja vara sämre än i regioner där aktörerna i hög utsträckning hör till samma vårdgivare. Det blir särskilt påtagligt om de olika vårdgivarna i en region dessutom har olika vårdinformationssystem.

Utredningen skriver i delbetänkandet om det komplexa och fragmentiserade systemet, som delvis är en konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser och delvis en konsekvens av införandet av vård- och skolval, och mängden aktörer som detta har medfört.¹⁴⁷ Det komplexa och fragmentiserade systemet får också konsekvenser för informationsdelningen.

Informationsbrist om patienten märks särskilt i verksamheter som har stora flöden av patienter, och där det ofta är kort om tid för att bedöma behoven och fatta beslut om vårdåtgärder, som till exempel i primärvården. Bristen på information märks också särskilt i vården av patienter med komplexa behov som ofta har många kontakter i både den specialiserade vården och i omsorgen. Vårdnadshavare blir ofta bärare av barnets sjukdomshistoria, och tvingas upprepa denna gång på gång i mötet med hälso- och sjukvården. Många vårdnadshavare vittnar om att detta är en av de största stressfaktorerna när man har ett barn med långvarig sjukdom.¹⁴⁸

Patientens möjlighet till att vara delaktig i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar för och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling, när informationen inte hålls samman. Även om vårdnadshavare och barnet eller den unge själv ofta bär information om sjukhistorik görs det utifrån deras perspektiv. Det kan inte ersätta information från medicinska möten och diskussioner, remiss- och röntgensvar, olika kliniska hypoteser med mera som inte finns tillgänglig vid det aktuella vårdmötet. När denna informa-

¹⁴⁷ SOU 2021:34, s. 253 ff.

¹⁴⁸ SOU 2021:34, s. 205.

tion inte finns tillgänglig är det inte heller möjligt att delge barnet och vårdnadshavaren eller den unge personen informationen.

Brister i dokumentation eller tillgång till rätt information i vården är en patientsäkerhetsrisk och en av de vanligaste orsakerna till lex Maria-anmälningar. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga hälsodata såsom aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.¹⁴⁹ Dessa brister får också effekter på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det blir svårt att följa patientens resa genom hälso- och sjukvården, och därmed skapa effektiva vårdflöden som är trygga för patienter och anhöriga.¹⁵⁰

Den enskilda faktor som visat starkast koppling till primärvårdsläkares nöjdhet med journalsystemen är om det finns tillgång till patientens hela journal med relevant klinisk information vid patientbesöket.¹⁵¹ Även de flesta patienter är positivt inställda till en sammanhållen journalföring. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört intervjuer som visar att många förväntar sig att vårdpersonal ska ha tillgång till dokumenterad information, även från andra kliniker och vårdgivare. Samtidigt framkommer det att den tillgängliga journalinformationen inte får vara avgörande, utan att själva mötet och samtalen mellan patient och personal är det centrala för ställningstaganden om vård och behandling.¹⁵²

Utredningen erfar att e-tjänsterna i hälso- och sjukvården ofta upplevs ligga efter samhällets övriga digitaliseringsutveckling och sällan är kompatibla med medborgarnas, inte minst barns och ungas, digitala plattformar och höga digitala kompetens. Det är också en brist i dag att vården inte kan ta hand om till exempel data från unga patienter som informationsskapare när det gäller så kallade wearables, chattverktyg och olika hälsoapplikationer. Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning i fråga om möjligheterna att hantera och utbyta information är därför fortsatt centralt för en framtida sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

¹⁴⁹ Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).

¹⁵⁰ Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019).

¹⁵¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*. PM 2016:7 (2016).

¹⁵² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

4.6.1 Brister i informationsdelning försvårar för samverkan

I delbetänkandet redogör utredningen för brister som finns när det gäller informationsdelning och hur det påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare. I dialoger med företrädare för professionsföreningar har det framkommit att det förekommer brister i samverkan och när det gäller informationsdelning i hela vårdkedjan från graviditet till förlossning, eftervård och överlämningar till barnhälsovården och till elevhälsans medicinska insatser. Professionsföreningarna uppger också att det ofta saknas styrdokument med gemensamma mål och strategier för kontinuitet och informationsdelning i vårdkedjan.

I utredningens dialoger framkommer också att informationsdelning inte alltid utgår från vårdkedjor, och att barnmorskor, BHV-sjuksköterskor och skolsköterskor i hög grad lämnas att själva navigera i olika situationer och hantera patientinformation utifrån de lokala förutsättningarna och rutinerna och det enskilda ansvaret.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftar i sin tillsyn bilden av att det förekommer brister när det gäller samverkan inom förlossningsvården och att det finns utrymme för förbättringar, särskilt när det gäller informationsöverföringen¹⁵³ om avvikelser eller komplikationer under förlossningen och riskbedömning av patienten vid inskrivningen. Dessa brister kan enligt IVO i förlängningen leda till försenad eller missad diagnos och skador hos den blivande mamman och barnet.¹⁵⁴

I Socialstyrelsens kartläggning av barnhälsovården från 2020 anger 8 av 10 barnavårdscentraler (BVC) att informationsöverföringen¹⁵⁵ fungerar väl, men det förekommer regionala skillnader. Bland de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården fungerar informationsöverföringen sämre. I storstadsregionerna anger 22 procent av de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner och 13 procent i större kommuner. Brister i informationsöverföringen leder till att BVC saknar viktig information om familjen vid den första kontakten

¹⁵³ Informationsöverföring används här liktydigt med informationsdelning. IVO använder dock begreppet informationsöverföring i sin rapport.

¹⁵⁴ Inspektionen för vård och omsorg, *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* (2015).

¹⁵⁵ Informationsöverföring används här liktydigt med informationsdelning. Socialstyrelsen använder dock begreppet informationsöverföring i sin rapport.

eller att den första kontakten med familjen försenas. Det förekommer också brister när det gäller informationsöverföringen om familjer i behov av särskilt stöd. Informationsöverföringen kan försvåras när verksamheterna har olika journalsystem eller när information inte kan överföras digitalt.¹⁵⁶ När det gäller samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten anger ungefär hälften av barnavårdscentralerna att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Bristerna rör i hög grad återkoppling och informationsöverföring. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten inte fungerar alls och företrädare för barnavårdscentralerna anser att detta påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla tidiga insatser.¹⁵⁷

4.6.2 Patientperspektiv på stärkt informationsdelning

Hälso- och sjukvårdens behov av digitala uppgifter om patienters hälsa och vård är centralt för utvecklingen av en mer effektiv vård och för förutsättningarna att följa upp patienters hälsa. I utvecklingen av sådana uppgifter behöver nyttan vägas mot den personliga integriteten. Av det skälet har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ett mångårigt arbete på temat personlig integritet i den digitaliserade världen, och inom ramen för detta arbete bland annat genomfört en undersökning om befolkningens inställning till sådana digitala uppgifter. Undersökningen visar att de flesta är villiga att acceptera eller till och med förväntar sig att digitala uppgifter om den egna vården och hälsan används för att utveckla vården och beforska olika områden. Den positiva inställningen rör enligt myndigheten, genomgående digitala hälsouppgifter vid delning av journaler mellan vårdenheter, registrering av uppgifter för forskning och en samlad läkemedelslista. Undersökningen visar också ett högt förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av patientinformation. En majoritet av respondenterna i undersökningen önskar att deras uppgifter kan användas för olika ändamål men vill samtidigt se ett tillfredsställande integritetsskydd.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Socialstyrelsen, *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

¹⁵⁷ SOU 2021:34, s. 233 ff.

¹⁵⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

Det är också viktigt för patienterna att uppgifterna är korrekta och att de skyddas från obehörig läsning av andra inom hälso- och sjukvården, försäkringsbolag eller arbetsgivare. Om en persons digitala hälsouppgifter upplevs innehålla fel kan det påverka villigheten att tillåta användningen av uppgifterna. Av det skälet framgår också att patienter vill få information om vilka uppgifter om den egna personen och hälsan som registreras, var de finns och hur de används. Frågor som rör användningen av digitala hälsouppgifter är svåra och komplexa och av det skälet bedömer Myndigheten för vård och omsorgsanalys att patienter behöver stöd för att kunna ta ställning till hur hälsouppgifter ska användas och att det bör vara möjligt att avstå från att ta ställning.¹⁵⁹ Utredningen bedömer att det senare i hög grad kan vara aktuellt för barn och unga, då barn och unga på grund av ålder och mognad kan ha mer eller mindre kunskap om de regler som gäller och möjligheter att överblicka konsekvenser av sina beslut. I dessa sammanhang kan barn och unga behöva stöd från vården men också från vårdnadshavare och föräldrar.

4.6.3 Vissa bedömningar när det gäller barns respektive vårdnadshavares tillgång till information är svåra

Alla patienter ska ges viss information rörande hälso- och sjukvården, bland annat om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling och det förväntade vård- och behandlingsförloppet (3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen [2014:821]). När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information (3 kap. 3 § patientlagen). Under vissa förutsättningar ska närstående lämnas information (3 kap. 4 § patientlagen). Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen). Den information som lämnas ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen).

Även i barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa enligt artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter ingår en rätt till hälsoinfor-

¹⁵⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

mation och stöd vid användandet av den informationen. FN:s kommitté för barnets rättigheter har uttalat att hälsorelaterad information bör vara fysiskt tillgänglig, begriplig och anpassad till barnets ålder och utbildningsnivå.¹⁶⁰

Patientjournaler i den offentliga hälso- och sjukvården utgör allmänna handlingar och den enskilde har som huvudregel rätt att ta del av uppgifter om sig själv som skyddas av hälso- och sjukvårdsssekretess (se 2 kap. 15 och 16 §§ tryckfrihetsförordningen och 6 kap. 4 och 5 §§ och 12 kap. 1 § offentlighet- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Även inom den enskilda hälso- och sjukvården ska en journalhandling som huvudregel tillhandahållas den enskilde så snart som möjligt om patienten eller en närstående begär det (8 kap. 2 § patientdatalagen).

I samband med att hälso- och sjukvården tillgängliggör information om barn behöver en bedömning göras av huruvida uppgifter om barnet ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Utredningen har uppfattat att det kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra en sådan bedömning, oavsett sättet för utlämnande. Såsom beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt, gäller sekretess i förhållande till barnets vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 3 § OSL). En bedömning av barnets ålder och mognad är alltså många gånger central för att kunna avgöra vem som ska ges tillgång till uppgifter om barnet. Sådana bedömningar är dock inte alltid enkla att göra. Svårigheter uppstår särskilt när det gäller att ge åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad.

Ett exempel, där det har uppstått vissa svårigheter, gäller den digitala tjänsten, Journalen, som Inera har utvecklat för att det ska vara möjligt att läsa delar av den egna patientjournalen via 1177 Vårdguiden. Tjänsten ska bidra till att patienter får ökad kunskap om sin hälsosituation, ökad kontroll över sin vårdssituation och en ökad upp-

¹⁶⁰ FN:s kommitté för barnets rättigheter, *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)*, CRC/C/GC/15, p. 58.

levelse av delaktighet. Regionerna har kommit överens om ett gemensamt ramverk för invånares åtkomst till Journalen. Av ramverket framgår bland annat att all digital journalinformation i regionfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård ska lämnas ut till alla invånare som fyllt 16 år och göras tillgänglig genom direktåtkomst.¹⁶¹ Det innebär att alla invånare som fyllt 16 år till exempel kan se anteckningar från vårdbesök, information om vaccinationer, remisser, diagnoser, tandvård, läkemedel och provresultat.¹⁶² Vidare framgår att invånare själva ska kunna välja vilken information de vill ha åtkomst till och om närstående ska kunna ta del av informationen. Vårdnadshavare ska ha tillgång till barns uppgifter för barn 0–12 år. Beroende på barnets situation kan vårdnadshavares direktåtkomst till barnets journal förlängas eller förkortas.¹⁶³ Om vårdnadshavare och barn vill att åtkomsten ska förlängas behöver de ansöka om detta tillsammans med vårdpersonal. Det kan till exempel vara aktuellt när barnet har en kronisk sjukdom, en funktionsnedsättning eller om det finns andra särskilda skäl.¹⁶⁴ Under vissa omständigheter kan patienter också nekas åtkomst till anteckningar i Journalen. Det gäller bland annat uppgifter om patienten själv, om det är av synnerlig vikt med hänsyn till ändamålet med pågående vård och behandling att uppgiften inte lämnas ut till patienten.¹⁶⁵

Ramverket innebär att vare sig barn i åldrarna 13 till och med 15 år eller deras vårdnadshavare som huvudregel har åtkomst till informationen i Journalen. I undantagsfall kan vårdnadshavare dock få tillgång till hela eller delar av barnets journal när barnet är 13 år eller äldre. Det är verksamhetschefen på den aktuella mottagningen som ska godkänna det tillsammans med barnet. Läkaren kan även godkänna det själv om det finns medicinska hinder som gör att barnet inte kan fatta beslut.¹⁶⁶

¹⁶¹ Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Ramverk för invånares åtkomst till journalen – Målbild och gemensamma principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).

¹⁶² Inera, *Journalen*, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/journalen (hämtad 2021-06-24).

¹⁶³ Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).

¹⁶⁴ 1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården*, (2019). www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 21-06-24).

¹⁶⁵ Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).

¹⁶⁶ 1177 Vårdguiden, *Logga in på 1177 för dig som är mellan 13–17 år*, 2021, www.1177.se/Stockholm/om-1177-varldguiden/e-tjanster-pa-1177-varldguiden/sa-loggar-du-in-pa-1177.se/logga-in-pa-1177.se-for-dig-som-ar-mellan-13-17-ar/ (hämtad 2021-06-24).

Dessutom kan både vårdnadshavare och barn vid alla åldrar begära att få papperskopior på journalen. En prövning av om barnet eller vårdnadshavaren ska få ta del av uppgifterna behöver även i sådana situationer göras enligt ovan beskrivna 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. När barnet blir äldre och mer moget kan han eller hon välja att samtycka till att journalkopior lämnas ut, till exempel till en vårdnadshavare (12 kap. 2 § OSL).¹⁶⁷

I utredningens dialoger har det framkommit att det inte alltid är enkelt att avgöra vad som är barnets bästa i dessa situationer. De allra flesta behöver stöd av vårdnadshavare under uppväxten med olika kontakter med myndigheter eller andra organisationer, det gäller inte minst i kontakterna med hälso- och sjukvården. Undersökningar visar att barn upplever att vårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder för att lära sig mer om den egna sjukdomen och att vara delaktig.¹⁶⁸ Det finns också barn som av olika skäl behöver kunna söka vård utan vårdnadshavares vetskap och det måste därför också finns förutsättningar för barn att ta sådana kontakter. Det kan till exempel vara fallet när barnet utsätts för våld, förtryck eller andra övergrepp i hemmet. Utredningen ser därför behov av att denna fråga utreds vidare och ytterligare resonemang om detta utvecklas i kapitel 5, Förslag och bedömningar.

Även i situationer där det står klart att uppgifter kan lämnas till ett barn utifrån bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt, är utredningens bild att det är viktigt att det finns en möjlighet för barn och unga att medge att ett ombud ges elektronisk tillgång till uppgifterna.

4.6.4 Vårdplanen som verktyg för informationsdelning

Vårdplaner är ett sätt för den enskilde att ta del av viss information från hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att vårdplaner kan vara ett värdefullt verktyg för att göra barn och unga mer delaktiga i sin egen vård. Genom en vårdplan kan den enskilde få överblick över sina vårdkontakter och planerade vårdinsatser. Vårdplaner är också

¹⁶⁷ 1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården*, 2019, www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 21-06-24).

¹⁶⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvården*, rapport 2019:6 (2019).

ett verktyg för att samordna patientens vårdinsatser och kan bidra till en mer sammanhållen vård.

Utredningen konstaterar att det inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård pågår ett arbete med att utveckla så kallade patientkontrakt. På sikt ska patientkontraktet vara en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser som ska visualiseras via 1177 Vårdguiden.¹⁶⁹ Utredningen bedömer att sådana patientkontrakt kan utgöra ett viktigt verktyg för att samordna barns och ungas vård- och omsorgsinsatser. Utredningen uppmärksammar dock i sitt delbetänkande att det finns behov av att anpassa patientkontrakt till barns och ungas behov. I detta ingår bland annat att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och att utveckla former för hur elevhälsans medicinska insatser kan inkluderas i patientkontrakten. Vidare bör användandet av patientkontrakt särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.¹⁷⁰

Utredningen ser dock vissa begränsningar i det förslag till reglering om patientkontrakt som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I förslaget är individuell plan en central del. Samtidigt bedömer denna utredning att huvudmännen och vårdgivarna för elevhälsans medicinska insatser varken omfattas av dagens bestämmelser om individuell plan eller av det förslag som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

I dag gäller att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan, när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Motsvarande ansvar finns för kommunen (2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:30), SoL). Den individuella planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds föreslagna förändringar av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen innebär att ansvaret enligt paragrafen utvidgas till att omfatta den kommunala hälso- och sjukvården, som i dag inte omfattas av planeringsansvaret

¹⁶⁹ Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021*, s. 16.

¹⁷⁰ SOU 2021:34, s. 296 och 302.

enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget innebär också att det ska upprättas en individuell plan för patienter som har behov av insatser från flera olika vårdgivare, även om det inte finns behov av insatser från socialtjänsten. Det är representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna som tillsammans ska upprätta den individuella planen enligt förslaget.¹⁷¹

Denna utredning bedömer sammanfattningsvis att elevhälsans medicinska insatser inte omfattas av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, varken enligt dagens lydelse eller den lydelse som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslår. Detta eftersom hälso- och sjukvårdslagens sextonde kapitel handlar om samverkan *mellan huvudmännen*. Med huvudman avses i hälso- och sjukvårdslagen den region eller den kommun som *enligt lagen* ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (2 kap. 2 § HSL). Eftersom kommuners och regioners ansvar att erbjuda elevhälsans medicinska insatser inte framgår av hälso- och sjukvårdslagen, utan av skollagen (2010:800), är utredningens bedömning att 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen inte avser sådan elevhälsa som kommuner och regioner ansvarar för. Inte heller sådan elevhälsa som staten eller enskilda huvudmän för skolväsendet ansvarar för enligt skollagen berörs av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Trots ovannämnda brist lämnar denna utredning inga författningsförslag rörande patientkontrakt eller individuell plan, eftersom det nyligen lämnats författningsförslag på detta område som bereds i Regeringskansliet. Arbetet med patientkontrakt och individuell plan är också bredare än frågorna i utredningens direktiv och berör ett antal andra grupper än barn och unga. För att kunna lämna författningsförslag på området behöver alltså ett annat helhetsperspektiv på frågorna om patientkontrakt och individuell plan antas än vad som ryms inom denna utrednings uppdrag. Syftet med att kommentera bestämmelserna om individuell plan ovan och i delbetänkandet är att bidra med underlag till det pågående arbetet och den fortsatta beredningen av de nyligen lämnade författningsförslagen på området.¹⁷²

¹⁷¹ SOU 2020:19 *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 37–38.

¹⁷² SOU 2021:34, s. 296 och 302.

4.7 Omfattande insatser pågår internationellt på hälsodataområdet

På internationell nivå pågår omfattande insatser för att skapa förutsättningar för att hantera och tillgängliggöra hälsodata för sekundär användning, inte minst i våra nordiska grannländer och EU. De övergripande målen med denna utveckling är att skapa förutsättningar för en mer personcentrerad vård, bättre hälsa och en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård. Ökad forskning och innovation, skärpt uppföljning, analys och bättre styrning av vård och omsorg är ytterligare mål för utvecklingen. Både nationellt och internationellt bedöms hälsodata ha en stor potential för att driva utvecklingen framåt för vård- och omsorgens olika behov. Flera länder pekar ut strategisk användning av hälsodata som en hävstång i omställningen till en mer hälsofrämjande och förebyggande vård och omsorg.

Med hälsodata avses i det här sammanhanget de uppgifter som rör en persons fysiska och psykiska hälsa samt vissa andra uppgifter. Det kan handla om ålder, kön, genuppsättning, provsvar, diagnoser, behandlingar, egenupplevd hälsa, levnadsvanor samt socioekonomiska faktorer med mera. Utöver hälsodata integrerar flera länder också omsorgen så att det blir en helhet kring vård- och omsorgsdata. Hälsodata kan skapas som primärdata i journalsystem där de används för ändamål som vård och behandling, men kan också komma från exempelvis enkäter och egenrapporterade data i olika applikationer för hemmonitorering och egenvård, något som förväntas öka i framtiden. Med sekundär användning av hälsouppgifter avses användning av hälsodata, som till exempel patientuppgifter, för något annat än det primära ändamål som de ursprungligen samlats in för. Sekundär användning kan till exempel vara att använda uppgifter i forskning eller för att fatta beslut och skapa innovationer.¹⁷³ Interoperabilitet eller förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra, utgör en direkt framgångsfaktor i frågor som rör hälsodata och dess användningsområden.¹⁷⁴ Det är också viktigt att hälsodata är sökbara, tillgängliga, kompatibla och återanvändbara. FAIR-principerna, som innebär att forskningsdata ska vara Findable

¹⁷³ Sitra, *Användningen av hälsodata behöver särskild EU-lagstiftning*, 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/anvandningen-av-halsodata-behover-sarskild-eu-lagstiftning/ (hämtad 2021-08-16).

¹⁷⁴ Jenny Söderberg, *Omvärldsanalys – Life science området i Sverige*, (Stockholm: Helidor Consulting AB, 2018).

(sökbara), Accessible (tillgängliga), Interoperable (interoperabla), och Reusable (återanvändningsbara), har de senaste åren fått starkt genomslag internationellt och blivit ledord för god datahantering och öppen tillgång till forskningsdata, inte minst inom EU.¹⁷⁵

Nedan beskrivs våra grannländers arbete och de insatser som ur utredningens perspektiv är de viktigaste på området. Slutligen görs en bedömning av hur Sverige påverkas och agerar utifrån den pågående utvecklingen mot nya internationella och nationella system för hälsodata samt kopplingen till direktivets frågeställningar och utredningens uppdrag. Utredningen gör inte anspråk på att lämna en heltäckande bild av pågående arbeten eftersom det inte inryms i utredningens uppdrag.

4.7.1 EU-projektet TEHDAS bidrar till gemensamma europeiska principer för sekundär användning av hälsodata

Inom EU är hälsodata ett prioriterat område och arbete pågår för att främja bättre utbyte och tillgång till olika typer av hälsouppgifter både för primär och sekundär användning.¹⁷⁶

Joint Action Toward the European Health Data Space, förkortat TEHDAS, är ett omfattande EU-projekt som har som mål att bidra till gemensamma principer för användningen av hälsodata i Europa. I projekt ingår att dela redan insamlade hälsodata, inom EU, för olika lagreglerade ändamål. Arbetet omfattar 25 länder och Sverige företräds av E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.¹⁷⁷ Det finns också andra Joint Actions inom hälsodataområdet, till exempel Joint Action on Health Information (InfAct) som handlar att bygga en kraftfull infrastruktur för ett europeiskt informationssystem för hälsodata.¹⁷⁸

TEHDAS ska lägga grunden till European Health Data Space (EHDS), på svenska kallat hälsodataområde, som ska främja gräns-

¹⁷⁵ Vetenskapsrådet, *Kriterier för FAIR forskningsdata – redovisning av regeringsuppdrag att ta fram bedömningskriterier för att följa vägen mot ett öppet vetenskapssystem* (2018).

¹⁷⁶ Europeiska kommissionen, *Ett europeiskt hälsodataområde*, u.å., https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_sv (hämtad 2021-08-13).

¹⁷⁷ TEHDAS, *Project*, 2021. <https://tehdas.eu/project/> (hämtad 2021-08-13) och E-hälsomyndigheten, *Sekundär användning av hälsodata – ett EU-perspektiv* (2021-03-24), 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-16).

¹⁷⁸ Joint Action on Health Information (InfAct), *The Project*, u.å., www.inf-act.eu/project (hämtad 2021-08-25).

överskridande användning av hälsodata inom forskning, innovation eller för att skapa nya regelverk och ny lagstiftning inom området. Målet med det så kallade hälsodataområdet är att medborgare, organisationer och företag ska gynnas av en datasäker och sömlös tillgång till hälsodata oavsett var de befinner sig inom EU. Projektet startade i februari 2021 och pågår till och med augusti 2023.¹⁷⁹

4.7.2 Det pågår nordiska samarbeten inom området hälsodata

På hälsodataområdet pågår också samarbeten mellan de nordiska grannländerna. Nordiska Ministerrådet publicerade 2019 visionen för en nordisk e-infrastruktur för hälsodata. Ett nordiskt utvecklingsarbete pågår med målsättning att den nordiska regionen ska vara en ledande region när det gäller sekundär användning av hälsodata, *The Nordic Commons – en vision om en nordisk säker digital struktur för hälsodata*. Utvecklingsarbetet syftar till att tillgängliggöra hälsodata i framför allt nationella register och biobanker.¹⁸⁰ Redan 2014 presenterades ett förslag om att skapa ett nordiskt virtuellt center för registerbaserad forskning i rapporten *Det framtida nordiska hälso-samarbetet*. Rapporten togs fram på uppdrag av nordiska ministerrådet och de nordiska hälso- och sjukvårdsministrarna, med syfte att stärka samarbetet mellan de nordiska länderna genom att underlätta tillgången till datakällor för forskning.¹⁸¹

De nordiska länderna har liknande grundförutsättningar för registerbaserad forskning, bland annat genom tillgången till lagrade individuella data i personregister som samlats in under lång tid och ofta täcker hela befolkningen. Dessa förutsättningar är unika ur ett globalt perspektiv. Länderna har därmed möjligheter att tillsammans driva utvecklingsarbeten inom området.¹⁸²

¹⁷⁹ Sitra, *Samarbetsprojektet TEHDAS*, u.å., www.sitra.fi/sv/projekt/samarbetsprojektet-tehdas/#vad-handlar-det-om (hämtad 2021-08-12).

¹⁸⁰ Nordiska ministerrådet, NordForsk, *A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019).

¹⁸¹ Bo Könberg, *Det framtida nordiska hälsoarbetet* (Nordiska ministerrådet, 2014).

¹⁸² E-hälsomyndigheten, *Sekundär användning av hälsodata – ett EU-perspektiv* (2021-03-24), 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-10).

4.7.3 Norges hälsodataprogram ska bidra till bättre nyttjande av hälsodata för sekundära ändamål

I Norge pågår ett omfattande arbete inom hälsodataområdet sedan flera år tillbaka. År 2012 fastställdes en inriktning för den nationella styrningen och samordningen av it-utvecklingen inom hälso- och omsorgssektorn genom visionen *En inbygger – én journal*. Tillgängliggörande av hälsodata ingår som ett av de övergripande målen för it-utvecklingen inom hälso- och omsorgssektorn. Visionens mål är att:

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha enkel och säker tillgång till patientuppgifter.
- Invånare ska ha tillgång till enkla och säkra digitala tjänster.
- Data ska vara tillgänglig för kvalitetsförbättring, hälsoövervakning, styrning och forskning.¹⁸³

Norge har i likhet med Sverige ett flertal hälsoregister som tillsammans ger kunskap om befolkningens hälsa och kvaliteten inom verksamheter för vård och omsorg. Tillgången på data har varit präglad av en decentraliserad organisering av hälsoregistren och en lagstiftning som lett till svårigheter att få tillgång till data. Norge antog 2009 en nationell hälsoregisterstrategi 2010–2020 för att modernisera de nationella hälsoregistren och höja registrens kvalitet och användbarhet. Strategins övergripande mål är att främja utvecklingen av hälsoregister med hög kvalitet som bidrar till bättre hälsa för alla.¹⁸⁴ För att stärka genomförandet av denna strategi etablerades 2017 ett hälsodataprogram av Norges motsvarighet till E-hälsomyndigheten, Direktoratet för e-helse. Programmet genomförs i samarbete med Norges forskningsråd, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, regional hälso- och sjukvård, kommunsektorn och näringslivet. Målsättningen är att en gemensam nationell förvaltningstjänst för hälsodata och forskning ska finnas när programmet är avslutat. Dessutom ska en gemensam nationell infrastruktur skapas med möjlighet till teknisk interoperabilitet mellan hälsoregister och andra centrala datakällor, standardiserade hälsodata med bättre kvalitet, samt ett anpassat juridiskt ram-

¹⁸³ Det kongelige helse- og omsorgsdepartement [Norge], *Meld.St.9 – En innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (2012).

¹⁸⁴ Folkehelseinstituttet [Norge], *Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt* (2009).

verk och överenskommen tolkning av regelverket. Programmet syftar till att ge bättre förutsättningar för sekundär användning av hälso-data för att möta de ökande kraven på kunskap i hälso- och sjukvårdssektorn. Målet är att data ska vara tillgänglig för kvalitetsförbättring, uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, styrning och forskning.¹⁸⁵

Som ett led i hälsodataprogrammet har den norska regeringen 2018 beslutat om att skapa en nationell hälsoanalysplattform för hälso-data och en tillhörande förvaltningsorganisation. Detta ska bidra till att förenkla och effektivisera tillgängliggörandet av hälsodata för statistik, hälsoanalyser och forskning.¹⁸⁶ Genom hälsoanalysplattformen ska det finnas tillgång till ett brett urval av hälsodata, ett genomarbetat juridiskt underlag, samarbete med offentliga verksamheter och goda tekniska lösningar och standarder. Tekniska lösningar ska möjliggöra medborgartjänster, data- och analystjänster, sök- och vägledningstjänster och förvaltningstjänster. Utvecklingsarbete pågår och plattformen beräknas tas i bruk under 2022. En servicetjänst för brukare av hälsodata ska också skapas kopplat till plattformen.¹⁸⁷

4.7.4 I Finland pågår genomgripande förändringar av sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården

I Finland sker genomgripande förändringar som avser sekundär användning av personuppgifter inom det som i Finland kallas social- och hälsovården. Det förberedande arbetet går tillbaka till början av tjugohundratalet då det bland annat gjordes en översyn av de finska registren och lagstiftningen inom området.

År 2019 uppdaterades lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008), som ursprungligen trädde i kraft 2008. Institutet för hälsa och välfärd, på finska förkortad THL, har i uppdrag att vara statistik-

¹⁸⁵ Direktoratet for e-helse, *Bakgrunn for Helsedataprogrammet*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/bakgrunn-for-helsedataprogrammet (hämtad 2021-08-10) och Direktoratet for e-helse, *Hva skal Helsedataprogrammet levere*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/hva-skall-helsedataprogrammet-levere (hämtad 2021-08-10).

¹⁸⁶ Direktoratet for e-helse [Norge], *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren* (2019) och Direktoratet for e-helse, *Helseanalyseplattformen*, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyseplattformen, 2021, (hämtad 2021-08-12).

¹⁸⁷ Direktoratet for e-helse, *Helseanalyseplattformen*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyseplattformen (hämtad 2021-08-12).

myndighet och föra statistik och register inom sitt verksamhetsområde, undersöka och följa upp befolkningens välfärd och hälsa samt utveckla hälsofrämjande åtgärder som ska bidra till en bättre hälsa i befolkningen. I lagen framgår att THL, har rätt att få tillgång till nödvändiga uppgifter om befolkningen som myndigheten behöver för att fullgöra sina uppdrag. I lagen beskrivs också att myndigheter och privata aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster är skyldiga att lämna dessa uppgifter. THL ansvarar också för att utveckla och uppdatera centrala termer, definitioner och klassificeringar inom social- och hälsovården.¹⁸⁸

I Finland ingår mödra-, barn- och skolhälsovård i den nationella uppföljningen av primärvården

THL samlar in uppgifterna genom ett nationellt datainsamlings- och rapporteringssystem för social- och hälsovården, Hilmo. Uppgifterna sparas i THL:s register. Överföringen av data sker automatiserat och dagligen ur patientjournalerna. Fram till 2011 saknades uppgifter om den öppna primärvården. År 2011 skapades ett primärvårdsregister, Avohilmo, som bygger på data från alla besök i primärvården. Utöver diagnos och åtgärder innehåller registret även uppgifter om faktorer som påverkar hälsan såsom tandhälsa, rökning, BMI och alkoholbruk. Data överförs dagligen till registret. Inrättandet av registret föregicks av en pilotstudie med 20 regioner som ledde fram till den nuvarande strukturen. Mödra- och barnhälsovård och skolhälsovård ingår i primärvårdsregistret. Uppgifter som samlas in från dessa verksamheter är exempelvis längd och vikt hos barn och unga under hela uppväxten.

Genom enkäten Hälsa i skolan samlar THL in information vartannat år och i hela landet om de ungas levnadsförhållanden, skolförhållanden, upplevd hälsa, hälsovanor och om skolhälsovård. I enkäten deltar elever i grundskolans årskurs 4, 5, 8 och 9, gymnasieelever i årskurs 1 och 2 och studerande vid yrkesläroanstalterna¹⁸⁹ i årskurs 1 och 2. Informationen har samlats in i grundskolans årskurs 8 och 9 sedan 1996, i gymnasieskolan sedan 1999 och vid yrkesläroanstalterna sedan 2008. Eleverna i de lägre klasserna i grundskolan har deltagit

¹⁸⁸ Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vad är THL?*, 2017, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl-> (hämtad 2021-08-25) och Finlex, *Lag om Institutet för hälsa och välfärd*, 2021, <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080668> (hämtad 2021-08-25).

¹⁸⁹ Vid yrkesläroanstalterna deltar studerande under 21 år som går på en utbildning som leder till en läroplansbaserad yrkesinriktad grundexamen.

sedan början av 2017.¹⁹⁰ År 2019 var svarsfrekvensen 82 procent av alla elever i årskurs 4 och 5, 73 procent av eleverna i årskurs 8 och 9 och uppskattningsvis 70 procent av första och andra årets studerande i gymnasieskolan.¹⁹¹

Enligt uppgift från företrädare för THL används också primärvårdsregistret för att följa efterlevnaden av den finska lagstiftningen för barn- och ungdomshälsovården som bland annat reglerar hur många hälsobesök som barn och unga har rätt till under uppväxten. Utöver dessa hälsobesök registreras även ytterligare besök.

Utveckling av kvalitetsregister ska bidra till att tillgängliggöra data för förbättringsarbete

Efter ovan nämnda lagändring 2019 har THL i uppgift att föra kvalitetsregister inom social- och hälsovården. I Finland pågår ett arbete med att skapa fler kvalitetsregister än de cirka 10 nationella kvalitetsregister som är prioriterade i dag. Kvalitetsregistren definieras som en del av THL:s permanenta verksamhet och bedöms ha en stor betydelse för att tillgängliggöra data för verksamheterna som kan användas för förbättringsarbetet inom verksamheterna och för utveckling av vårdens kvalitet. Genom kvalitetsregister kan vårdens verksamheter få tillgång till statistik som kan användas för att jämföra och utveckla vårdpraxis, undersöka olika behandlingars effektivitet och säkerhet och öppet redovisa vårdresultaten för invånarna.¹⁹²

Finland har en ny lagstiftning om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården

Finland införde 2019 en lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019). Lagen syftar till en effektiv och informationssäker behandling av personuppgifter som

¹⁹⁰ Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkaten-halsa-i-skolan> (hämtad 2021-08-24).

¹⁹¹ Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Välbefinnandet bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/material-och-tjanster/statistikens-kvalitet-och-principer/kvalitetsbeskrivningar/valbefinnandet-bland-barn-och-unga-enkaten-halsa-i-skolan> (hämtad 2021-08-26).

¹⁹² Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Nationella kvalitetsregister för hälso- och sjukvården*, 2021, <https://thl.fi/sv/web/varthereformen/utvardering-och-informationsunderlaget/nationella-kvalitetsregister-for-halso-och-sjukvarden> (hämtad 2021-08-24).

har registrerats i social- och hälsovårdsverksamhet. Tidigare kunde uppgifter användas för forsknings- och statistikändamål, men den nya lagen innebär att uppgifterna också kan användas för styrnings-, undervisnings- och tillsynsändamål inom social- och hälsovården. Syftet är dessutom att säkra individens integritet vid behandlingen av personuppgifter. (1 kap. 1 § lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården [552/2019]) Lagen innebär bland annat att de riksomfattande register som THL ansvarar för samt institutets rätt att få information har anpassats till kraven i dataskyddsförordningen¹⁹³.

I lagen om sekundär användning av social- och hälsodata definieras de myndigheter och organisationer som svarar för tjänsterna och begränsningar av datamaterial för sekundär användning. En nyinrättad tillståndsmyndighet, Findata, beviljar dataanvändningstillstånd för sekundär användning av social- och hälsouppgifter. För att få tillgång till material krävs en plan för användning av uppgifterna. Findata ställer därefter materialet till förfogande för en viss tid till en sluten plattform för distansanvändning. Materialet är anonymiserat eller pseudonymiserat, det vill säga personuppgifterna kan inte längre kopplas till en viss person utan kompletterande uppgifter.¹⁹⁴ Enligt uppgift från företrädare för THL fanns det vid inrättandet av Findata en tydlig ambition om att det skulle vara korta ledtider, cirka 3 månader, för att få tillgång till data. Detta har dock hittills inte uppnåtts. Ledtiderna för att få tillgång till data är i dagsläget 6–12 månader.

4.7.5 Danmarks sundhedsdataprogram ska förbättra tillgången till hälsodata med fokus på bättre kvalitet

Den danska regeringen avsatte 2015 medel för att verkställa hälsostrategin *Jo før – jo bedre*, Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Strategin ska bidra till en långsiktig omställning av hela hälso- och sjukvården.¹⁹⁵ Användning av hälsodata kopplat till hälso- och sjukvårdens kvalitet är ett utpekat område i strategin. För att understödja det arbetet, pågår ett nationellt utvecklingsarbete med ett

¹⁹³ 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.

¹⁹⁴ Findata: *Vad är Findata?*, u.å., <https://findata.fi/sv/vad-ar-findata/> (hämtad 2021-07-01).

¹⁹⁵ Regeringen [Danmark], *Jo før – jo bedre, Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle* (2014).

hälsodataprogram, Sundhedsdataprogrammet. Programmet ska bidra till att lyfta kvaliteten inom hälso- och sjukvården genom bättre användning av hälsodata. Sundhedsdataprogrammet har fokus på utveckling av it-infrastruktur och samarbete kring användning av hälsodata mellan staten, regioner och kommuner. Programmet ska förbättra åtkomsten och användarmöjligheterna till relevanta danska hälsodata för både invånare, kliniker och beslutsfattare. Genom systematisk användning av hälsodata ska kvalitet och styrning utvecklas i framtidens hälso- och sjukvård. Programmets målsättning är att uppnå en bättre användning av hälsodata i hälso- och sjukvården. Detta ska bland annat bidra till systematisk uppföljning av insatser, ökad kunskap om bästa praxis inom ett område, tidiga och effektiva förebyggande insatser, att säkra samverkan mellan vårdverksamheter och att ge invånare och patienter information om vårdens kvalitet.¹⁹⁶

I Danmark pågår också ett samarbete mellan den danska regeringen och landets regioner med att bygga upp en gemensam ingång, en webbsida, med hälsodata för forskningsändamål. Webbsidan ska ge en överblick över tillgängliga data och innehålla vägledning och information om ansökningsprocessen för åtkomst till hälsodata.¹⁹⁷

4.7.6 Sveriges väg mot en mer ändamålsenlig infrastruktur för behandling av hälsodata

Sverige tar i dagsläget flera steg i samma riktning som övriga nordiska länder och Europa när det gäller att bättre kontrollera och att nyttja sina hälsodata för olika ändamål. Det handlar både om tillgång till aggregerade data och förutsättningarna för att dela data inom och mellan olika datakällor. Regeringen, flera myndigheter och många andra svenska aktörer deltar också aktivt i de nordiska och europeiska samarbetena som nämns ovan.

Sverige har internationellt sett en framstående position när det gäller hälsodata, inte minst genom sin långa historik av personuppgiftsbaserade register. Sverige har också instanser och strukturer för att kunna samla in, kvalitetssäkra, aggregera och tillgängliggöra hälsodata för sekundära ändamål. Detta sker dagligen i forsknings-, statistik- och

¹⁹⁶ Sundhedsdatastyrelsen [Danmark], *Sundhedsdataprogrammet* (2015).

¹⁹⁷ Sundhetsministeriet, *Fælles indgang til sundhedsdata skal styrke forskning og udvikling*, 2021, <https://sum.dk/nyheder/2021/marts/faelles-indgang-til-sundhedsdata-skal-styrke-forskning-og-udvikling> (hämtad 2021-07-01).

kvalitetsuppföljningssammanhang. Finland, vars reformarbete beskrivs ovan, försöker nu aktivt att stärka och utveckla landets relativt få kvalitetsregister, eftersom de anses ge ett värdefullt tillskott när det gäller kvalitetsuppföljning på verksamhetsnivå. Kvalitetsregister är mer verksamhetsnära och kan mäta insatsernas effekter, ge möjlighet till öppna jämförelser men också att kunna utveckla vårdprocesser. Sverige har här en internationellt sett stark position och många väl utbyggda kvalitetsregister. Samtidigt kan det konstateras att bland annat Finland och Norge har kommit betydligt längre, framför allt i policy-, styrnings- och samordningsfrågor. Utredningen konstaterar även att det i Finland finns lagstiftning som möjliggör en mer ändamålsenlig och effektiv sekundär användning av hälsodata.

Flera rapporter inom hälsodataområdet pekar ut vissa strategier och områden som centrala för att lyckas nå målet att skapa en ändamålsenlig nationell infrastruktur för hantering av hälsodata. Här kan nämnas tydligare nationellt och regionalt ledarskap i utvecklingsarbetet tillika politisk samsyn, vilja och handling, samordning av en ansvarig instans för identifiering av hinder i lagstiftning och för hantering av nödvändiga författningsförslag samt en nationell funktion, en organisation, med ansvar för infrastruktur för vård- och omsorgsdata på motsvarande sätt som i de övriga nordiska länderna.¹⁹⁸ I dialog med arbetsgruppen för hälsodata under samverkansprogrammet för Life Science, har flera av dessa områden kunnat verifieras som viktiga för Sveriges möjligheter att nå målen i enligt med En nationell strategi för life science (prop. 2020/21:60).

Mängden strategiska områden som ska koordineras för en framgångsrik hantering av hälsodata för alla önskade syften visar hur komplex situationen är och hur många intressenter och aktörer som är inblandade. Utifrån utredningens kunskapsinsamling och dialoger är det troligtvis en lång tidshorisont på närmare 10 till 15 år eller längre innan ett nytt paradigm och en fungerande nationell infrastruktur för hälsodata för alla önskade ändamål är på plats.¹⁹⁹ Detta inte minst för att lagstiftning och myndighetsuppdrag kan behöva ändras i grunden samt för att det kommunala självstyret gör det svårt att snabbt få till stånd exempelvis en gemensam teknisk standard eller terminologi.

¹⁹⁸ NordForsk, *A vision of a nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister* rapport 2017:4 (2017).

¹⁹⁹ Läkemedelsindustrins förening (LIF), *Åtgärder för att förbättra tillgången till och analys av hälsodata* (2019).

Som beskrivs ovan i detta kapitel är dagens datakällor skilda åt, har olika karaktär och innehåller olika typer av data. De är dessutom sällan automatiserade och kan svårligen aggregeras. Enligt vissa bedömare är Sverige inte ensamma om denna problematik, det är många saker som ska falla på plats innan en effektiv och säker organisation levererar hälsodata från befolkningen för olika ändamål. Till och med Finland, som bedöms ha gjort mest genomgripande förändringar och har en etablerad struktur, erfar till exempel långa ledtider för aggregerade utdata.

Det finns tydliga tecken på att Sverige styr mot det som också sker i omvärlden. Ett stort antal myndigheter och aktörer är involverade i arbetet med att tillgängliggöra nationellt aggregerade hälsodata, bland annat E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Vetenskapsrådet, Vinnova och SKR. Dessutom har regeringen i forsknings- och innovationspropositionen samt i Life Science-strategin, formulerat målet att bättre nyttja hälsodata som en strategisk resurs. Detta inte bara för att stärka Sveriges roll som ledande inom medicinsk forskning och innovation, utan också för att möjliggöra förebyggande insatser mot ohälsa och sjukdom samt införa nya arbetssätt, tekniker och behandlingar för ökad effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen.²⁰⁰ I Vision e-hälsa 2025, som beskrivs i avsnitt 4.5.1, framhålls vikten av tillgång till och utbyte av grunddata i vård- och omsorg. För detta krävs en nationell standard när det gäller termer och begrepp, interoperabilitet mellan och inom journalsystem och verksamheter samt nationell infrastruktur för informationsutbyte. Regeringen gav 2019 Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) i uppdrag att i samverkan med flera andra myndigheter etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte och tillgång till grunddata inom offentlig sektor.²⁰¹ Här bör dock noteras att ingen myndighet med koppling till vård och omsorg nämns i uppdraget.

Kommittén för teknologisk innovation och etik (N 2018:04), Komet, har nyligen föreslagit att regeringen skyndsamt ska tillsätta en utredning för att se över den lagstiftning som styr insamling och delning av hälsodata. Utredningen ska ha särskilt fokus på organisa-

²⁰⁰ Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige* och Regeringskansliet, *En nationell strategi för life science* (2019).

²⁰¹ Regeringsuppdrag till Myndigheten för digital förvaltning, *Uppdrag att etablera ett nationellt ramverk för grunddata inom den offentliga förvaltningen* (dnr I2019/03307/DF).

tion och tillämpningsområde för sekundäranvändning av hälsodata.²⁰² Vetenskapsrådet lämnade i en rapport från 2020 tydliga rekommendationer om en stärkt nationell e-infrastruktur för bland annat hälsodata.²⁰³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnar i sin utvärdering och analys av kvalitetsregister tydliga rekommendationer till regeringen som avser en ny nationell infrastruktur för hälsodata.²⁰⁴ I september 2021 beslutade regeringen om ett uppdrag till E-hälsomyndigheten om att göra en förstudie om skapandet av en digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister (dnr S2021/06170). I slutbetänkandet *Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur* (SOU 2021:65) pekas också på behovet av en ny myndighet med ansvar för den digitala infrastrukturen för forskning.²⁰⁵ Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet. I uppdraget ingår att titta brett på olika syften och användningsområden samt förutsättningar och hinder för datainsamling på nationellt aggregerad nivå.²⁰⁶ Det finns mängder av andra initiativ och strategier med kopplingar till aggregering och delning av hälsodata, till exempel utredning om framtidens biobanker och nationell databas för bilddiagnostik.²⁰⁷

En sammanfattande analys av den nationella och internationella utvecklingen på hälsodataområdet kopplat till utredningens uppdrag pekar på att det finns potential att lösa ut många av de komplicerade problemställningarna när det gäller behandling av hälsodata för vård- och omsorgens olika behov. Tillgång till och användning av bredare hälsodata har möjlighet att påskynda omställningen av hälso- och sjukvården till att vara mer personcentrerad, hälsofrämjande och förebyggande. Den medicinska nyttan är uppenbar, vilket utredningen beskriver både i delbetänkandet och i detta betänkande, men den behöver vägas mot integritetsaspekter. Det kommer ta lång tid innan en fungerande struktur och organisation är på plats och det är svårt för utredningen att bedöma hur den nationella strategin ska utformas

²⁰² Kommittén för teknologisk innovation och etik, skrivelse till regeringen (okt 2020).

²⁰³ Vetenskapsrådet och Sveriges universitets och högskoleförbund, *Inriktningsförslag för organisering av svensk e-infrastruktur för forskning* (2020).

²⁰⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2017:4 (2017).

²⁰⁵ SOU 2021:65 *Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur*.

²⁰⁶ Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (dnr S2021/05369).

²⁰⁷ SOU 2018:04 *Framtidens biobanker* och Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik*, (dnr S2021/05259).

och vilka steg som ska tas, härtill är det för många olika intressenter och värden samt en hög grad av komplexitet. Befintliga lagrum och strukturer måste under tiden modifieras och användas för att kunna följa barns och ungas hälsa samt kvaliteten och effektiviteten i de hälsofrämjande och förebyggande insatserna. Slutligen gör utredningen analysen att de förändringar som behöver göras i befintligt system är gynnsamma för den fortsatta utvecklingen av en stärkt nationell infrastruktur för hälsodata i stort.

5 Förslag och bedömningar

En central förutsättning för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga är att information kan delas mellan de aktörer som vårdar barn och unga och användas för uppföljning. Både informationsdelning och uppföljning bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Dessa hälsouppgifter används för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling och för att följa upp barn och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

Utredningen konstaterar dock att information om ett barns eller ung persons hälsa som dokumenterats i patientjournalen, inte delas i tillräcklig utsträckning inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga. Orsakerna är flera, bland annat saknas en heltäckande nationell informationsstruktur som tillämpas på samma sätt av alla vårdgivare. Organisatoriska, kulturella och juridiska faktorer påverkar också förutsättningarna för en ändamålsenlig informationsdelning. Bristar i dokumentation eller i tillgång till rätt information i vården leder till att viktiga hälsodata saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen. Bristerna gör också att patientens möjlighet till att vara delaktig i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar för och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling.

De uppgifter som dokumenterats i patientjournalen utgör förutom underlag till vård och behandling också en grund för uppföljning av hälsa på aggregerad nivå och uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser. Dessa hälsouppgifter används dock i låg utsträckning i dag för uppföljningssyfte. Det saknas en nationell uppföljning av barns och ungas hälsa som förutom fysisk och psykisk hälsa inkluderar utveckling som till exempel tillväxt och språk, egna förmågor och motståndskraft.

Genom hälsodataregister finns förutsättningar att följa barns och ungas hälsa, men innehållet i hälsodataregister är i dag i hög utsträckning relaterat till diagnoser. I skrivande stund saknas också uppgifter om primärvårdens verksamhet i hälsodataregistren, men Socialstyrelsen har föreslagit att patientregistret ska utvidgas till att bland annat även omfatta primärvården, inklusive mödrahälsovård och barnhälsovård. Den föreslagna utvidgningen omfattar dock varken elevhälsans medicinska insatser eller ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det innebär att det fortsatt kommer att saknas nationell uppföljning av den hälsovård som erbjuds barn och unga mellan 6–20 år.

Det saknas också en samlad nationell uppföljning av de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovård, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna. I delbetänkandet (SOU 2021:34) föreslår utredningen att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i åldrarna 0–20 år ska tas fram. Programmet ska förtydliga hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga, och utgöra en sammanhållande bas för de ingående verksamheterna att arbeta utifrån samma mål och uppdrag. Regeringen har i september 2021 beslutat om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171). Det nationella programmet bör ligga till grund för uppföljningen av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården, för att säkerställa att barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande insatser med god kvalitet och på ett likvärdigt sätt i landet.

Det finns nationella kvalitetsregister för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Anslutningsgraden till kvalitetsregistren för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser är dock låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).¹ För ungdomsmottagningarnas verksamhet saknas kvalitetsregister på nationell nivå. Möjligheterna att följa barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och hälsofrämjande och förebyggande insatser i nationella kvalitetsregister är därmed begränsade.

¹ Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utredningen bedömer sammantaget att denna brist på övergripande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga, är problematisk. Bristande uppföljning leder till att information om barns och ungas hälsa inte används för att ta fram kunskap som bidrar till medicinsk nytta och utveckling. Bristande uppföljning leder också till svårigheter att komma tillrätta med brister i likvärdigheten i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, vilket beskrivs närmare i utredningens delbetänkande.

Det pågår omfattande insatser för att skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig hantering och användning av hälsouppgifter, inte minst i våra nordiska grannländer. Det handlar både om tillgång till aggregerade data och förutsättningarna för att dela data inom och mellan olika datakällor. Utredningen bedömer att en sådan utveckling gynnar möjligheterna till uppföljning av barns och ungas hälsa, att följa effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser och kvaliteten i vården. Det förutsätter dock att barns och ungas behov särskilt beaktas i denna utveckling. Möjligheten att tillgängliggöra hälsodata utifrån ny struktur ligger dessutom förmodligen ett antal år framåt i tiden, eftersom de frågor som behöver bearbetas är breda och komplexa.

Utredningen har övervägt flera alternativ för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Alternativen har var för sig både för- och nackdelar men tillsammans kompletterar de varandra och skapar förutsättningar för en sammanhållen nationell uppföljning. Utredningen har därför kommit fram till att det är relevant att både utveckla förutsättningarna för nationella kvalitetsregister och hälsodataregister samtidigt som ett mer omfattande arbete med att utveckla en nationell infrastruktur för tillgången till aggregerade hälsodata behöver ske. I detta kapitel presenteras utredningens förslag och bedömningar för att stärka möjligheterna till en god informationsdelning och hur en samlad uppföljning av barns och ungas hälsa kan utformas.

5.1 Uppföljning av barns och ungas hälsa

Bedömning: Det är nödvändigt att följa olika aspekter av barns och ungas hälsa, från graviditet till och med 20 års ålder, utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv.

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna de författningsförslag som är nödvändiga för att det ska kunna ske.

Skälen för utredningens förslag: Uppföljning via hälsodataregister säkrar tillgång till information på nationell nivå om vissa hälsodata i befolkningen stabilt och långsiktigt. Hälsodataregister innehåller få och väl valda variabler som inte förändras så mycket över tid. Detta möjliggör jämförelser och medicinsk forskning över långa tidsperioder.

I propositionen Hälsodata- och vårdregister (prop. 1997/98:108) som ligger till grund för lagen (1998:543) om hälsodataregister, framhålls att det behövs kunskap om orsakssambanden mellan ohälsa och riskfaktorer, för att förebygga ohälsa och sjukdom. Hälsodataregister och andra register med personuppgifter kan innehålla uppgifter om medicinska och andra förhållanden som är nödvändiga för att ta fram dessa kunskaper. Hälsodataregister behövs också för att bland annat kunna följa och studera hälsotillståndet hos hela befolkningsgrupper utifrån kön, ålder, social bakgrund och regionala skillnader.²

För att det ska vara möjligt att förebygga ohälsa i begreppets grundläggande mening, det vill säga förhindra att ohälsa uppkommer, krävs en hälsouppföljning där alla barns hälsa följs upp så att ohälsa eller risk för ohälsa kan upptäckas. Det krävs också hälsofrämjande insatser som stärker välbefinnande och motverkar ohälsa. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet lägger grunden för en god hälsa och välmående, och är en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande för den enskilde. Det lägger också grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med hälsofrämjande insatser föreslår utredningen i delbetänkandet en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som innebär ett förtydligande av att hälso- och sjuk-

² Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister*, s. 41.

vården har en skyldighet att arbeta för att främja hälsa. Utredningen föreslår också ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.³ Mot bakgrund av utredningens förslag har regeringen i september 2021 beslutat om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171). Detta innebär att hälso- och sjukvården kommer att behöva utveckla sitt hälsofrämjande arbete. Uppföljningen av barns och ungas hälsa är en förutsättning för denna utveckling.

Uppgifter om barns och ungas hälsotillstånd finns framför allt i de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården. Mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser identifierar ohälsa eller risk för ohälsa hos barn och unga genom den hälsouppföljning som verksamheterna bedriver. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder erbjuds barn, unga och vårdnadshavare utifrån behov, med målsättning att förebygga ohälsa. Ungdomsmottagningsarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet identifierar ohälsa eller risk för ohälsa och förebygger ohälsa vid besök som genomförs på ungdomarnas egna initiativ.

Utredningen bedömer att uppgifter om hälsotillståndet hos barn och unga och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för barn och unga, skulle vara värdefulla komponenter i den nationella uppföljningen via hälsodataregister. Uppgifterna skulle göra det möjligt att följa barns och ungas hälsoutveckling genom hela uppväxten till vuxen ålder, förutsatt att uppgifter om hälsa och uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser kan samlas in från alla verksamheter i barn- och ungdomshälsovården. Uppgifterna skulle också kunna bidra till kunskap om orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, och utgöra värdefull information för utvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, som främjar barns och ungas fysiska, psykiska och sociala hälsa. Utredningen preciserar inte vilka specifika uppgifter som bör följas i hälsodataregister. Det kan lämpligen tas fram tidigast i samband med att detta förslag genomförs. Det är också en rimlig förutsättning att hälsovårdsprogrammet, som utredningen föreslår i delbetänkandet, ligger till grund för beslut om vilka uppgifter som bör ingå i hälsodataregistret.

³ SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 257–264.

I dag samlas vissa hälsouppgifter in om nyfödda barn i hälsodataregister. Det medicinska födelseregistret behandlar uppgifter om till exempel barnets kön, vikt, längd, huvudomfång och tillstånd vid födel- sen. I övrigt saknas sådana uppgifter i hälsodataregister om barns och ungas hälsa, och det är inte möjligt att följa tillväxten eller annan hälso- utveckling i deras uppväxt. Utredningen bedömer att uppgifterna i det medicinska födelseregistret utgör en start på uppföljningen av barns och ungas hälsa, men att det finns behov av att komplettera med mot- svarande uppgifter under barnets uppväxt. Det skulle till exempel kunna handla om uppgifter om tillväxt, rökning eller utsatthet för rökning, men också om hälsofrämjande åtgärder som till exempel för- älldraskapsstöd. Det skulle ge goda förutsättningar att följa hälsotill- ståndet hos barn och unga under deras uppväxt på en aggregerad nivå, och möjliggöra forskning på området. På så sätt kan kunskapen öka om samband och behov av insatser, för att förbättra hälsan för barn och unga och styrningen mot en mer jämlik vård.

Uppgifter om barns och ungas hälsa har stor medicinsk nytta

Utredningen vill särskilt lyfta fram den medicinska nyttan med att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister. Det kan ge stöd för behandlingsmetoder och hälsofrämjande och förebyggande insatser som minskar förekomst av ohälsa och sjukdom hos barn och unga, men även senare i livet. För att kunna se dessa samband behöver per- sonnummerbaserade uppgifter kopplas till hälsodata, faktorer av bety- delse för hälsa, skydds- och riskfaktorer, insatser och behandling, och följas över tid genom framställning av statistik. Personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för ändamålet att framställa statistik (3 § lagen om hälsodataregister [1998:543]).

En central hälsoparameter är tillväxt, som vikt och längd. Barns till- växt mäts i dag från födseln genom hela uppväxten, eftersom det är viktigt för att kunna bedöma barnets utveckling och hälsa. Barnets tillväxtkurva från födsel till vuxen ålder är en färdskrivare för hälsan på flera olika sätt. Undervikt vid födseln eller under uppväxten kan vara en indikation på underliggande kronisk sjukdom, olika bristtill- stånd, social omsorgssvikt, skadlig stress eller psykisk ohälsa. Över- vikt och fetma, som är allt vanligare hos barn och unga och som ofta kvarstår upp i vuxen ålder, kan ses tydligt och tidigt i en avvikande

tillväxtkurva. Avvikande tillväxtmönster kan också vara tecken på störningar i puberteten eller andra hormonella tillstånd såsom brist på tillväxthormon. Fetma ökar risken för en mängd stora folksjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, åldersdiabetes och cancer. En stor del av dessa tillstånd, även vissa kroniska sjukdomar, kan förebyggas genom tidiga och ändamålsenliga insatser. Faktorer som rör levnadsvanor är lättare att påverka och ändra i barndomen. Det är också lättare att behandla ohälsa i barndomen innan komplikationer eller sam sjuklighet uppstår.

Gemensamt för ovanstående exemplifierade ohälsotillstånd är att de ofta syns först i tillväxtmönstret eller i annan metodisk hälsouppföljning såsom utredningen beskriver i delbetänkandet.⁴ Först långt senare uppstår symtom på ohälsa som leder till besvär för individen, och som kan föranleda besök på akutmottagningar eller i den planerade vården. Det är dock inte alltid så att besvären är tillräckligt uppenbara för att leda till diagnos, eftersom kunskapen om orsakssambanden kan vara bristfälliga. Besvären kan trots detta utgöra betydande svårigheter och lidande för de barn och unga som drabbats.

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag om att lämna förslag på författningsändringar för att bland annat möjliggöra insamling av uppgifter till medicinska födelseregistret om moderns intag av nikotinprodukter, alkohol och andra potentiellt farliga substanser under graviditet.⁵ Insamlingen av uppgifterna avser att öka kunskapen om vilka konsekvenser dessa substanser har för fostret och den blivande modern.

Utredningen ser positivt på att dessa uppgifter samlas in till hälso-dataregister. Utredningen ser samtidigt att avsaknaden av uppgifter om barns och ungas hälsa under resterande del av uppväxten, minskar möjligheten att öka kunskapen om vilka konsekvenser moderns intag av dessa substanser under graviditeten får på barnets hälsa. I de fall konsekvensen blir diagnos kommer det att synas, eftersom diagnoser registreras i patientregistret, men tidiga tecken och symtom på ohälsa och sjukdom registreras inte. Det finns alltså en risk för att konsekvenser av dessa substanser som inte leder till någon diagnos, i så fall skulle missas. Det skulle till exempel kunna vara skadliga effekter av alkohol som inte är så allvarliga att de leder till diagnosen fetalt alkoholsyndrom, men ändå utgör betydande påverkan för individen som

⁴ SOU 2021:34, s. 110–111 och 168.

⁵ Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (dnr S2020/09593).

till exempel svag begåvning, koncentrationssvårigheter eller motorisk utvecklingsförsening.

Utredningen menar att uppgifter om barns och ungas tillväxt i hälsodataregister skulle möjliggöra en ökad och värdefull kunskap om samband mellan ohälsfaktorer, tecken på begynnande ohälsa som yttrar sig som tillväxtavvikelser och senare manifesteras i ohälsa eller sjukdom. Denna ökade kunskap skulle i sin tur kunna leda till förbättrade metoder för att främja hälsa och förebygga ohälsa i befolkningen. Andra parametrar som förespår framtida hälsa är motorisk utveckling, kommunikation och mognad, sociala färdigheter, kognitiv förmåga, förmåga att reglera sina känslor och sitt beteende, självrapporterat mående och trygghetskänsla samt fysisk och psykisk motståndskraft. Utifrån dagens kunskap om hälsans bestämningsfaktorer skulle även parametrar som föräldraskap, lärande och uppväxtvillkor kunna ge viktigt underlag till hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska utformas. Tillgång till sådana data, och samkörning med relevanta register, gör det möjligt att upptäcka kopplingar mellan hälsovårdande insatser och förekomst av ohälsa på gruppnivå. Det skulle ge ett bra underlag för vilka insatser som är effektiva för att minska förekomst av ohälsa, exempelvis i särskilt utsatta grupper eller områden där hälso- och sjukvården ofta behöver ge förstärkt stöd och fördjupade insatser.

Ytterligare fördelar gäller möjligheten att upptäcka viktiga orsaks-samband mellan riskfaktorer som inte är så vanligt förekommande, till exempel utebliven amning, ohälsfaktorer i miljön eller kosttillskott under graviditeten, och sjukdomar. Det kan också gälla nya fynd i mindre studier som behöver verifieras genom registerdata på många fler individer. Simuleringsmodeller eller verkliga projekt som rör breda hälsofrämjande eller förebyggande insatser mot exempelvis barnfetma eller psykisk ohälsa, kan lättare riggas och utvärderas.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver följas upp

Hälso- och sjukvårdens insatser för att behandla sjukdom följs i dag nationellt via hälsodataregister, som till exempel i patientregistret och cancerregistret. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvårdens insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa i befolkningen behöver synliggöras på motsvarande sätt via nationell uppföljning. Det

skulle också bidra till kunskap som kan stödja utvecklingen av en mer hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga. Det skulle bland annat underlätta jämförelser av hälsoutfall utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Nationell uppföljning möjliggör också jämförelse av hälso- och sjukvård i landet och är därmed en av flera viktiga förutsättningar för att barn och unga ska få vård på likvärdiga grunder.

Utredningen bedömer att efterfrågan på uppgifter om hälsotillstånd och hälsofrämjande och förebyggande arbete kommer att aktualiseras i takt med det förändringsarbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården, från sjukvårdsinriktad hälso- och sjukvård som i hög utsträckning bedrivs på sjukhus, till en nära vård som arbetar mer med att främja hälsa. En sådan utveckling är nödvändig för att anpassa hälso- och sjukvården till ett förändrat hälso- och sjukdomspanorama, där arbete med att förebygga kroniska och långvariga sjukdomar dominerar. Kunskapen om vilka insatser som är mest effektiva för att tidigt förebygga sjukdom hos barn och unga behöver utvecklas. Det är därför rimligt att sådana uppgifter är möjliga att följa på nationell nivå, och särskilt när det gäller barn och unga.

Utredningen bedömer att data om barns och ungas hälsa under uppväxten måste behandlas för att en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård, med tonvikt på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, ska kunna utvecklas. För att detta ska ske är det nödvändigt med uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Personuppgifter får behandlas i hälsodataregister bland annat för dessa ändamål (3 § lagen om hälsodataregister).

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården och föreslagit en förändring i förordningen (2001:707) om patientregister. Förändringen innebär en utvidgning av de uppgifter som kan samlas in till registret så att även primärvårdens verksamheter omfattas.⁶

Utredningen ser mycket positivt på förslaget som innebär att fler uppgifter om barn och unga kommer att behandlas i hälsodataregister. En stor del av den vård och behandling som gäller barn och unga sker i primärvårdens verksamheter, dels på vård- eller hälsocentralen, dels

⁶ Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

i mödrahälsovården, barnhälsovården och på ungdomsmottagningarna. Uppgifter från ungdomsmottagningarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet kommer dock inte att samlas in, trots att de ingår i primärvården.

Elevhälsans medicinska insatser kommer inte heller att följas, eftersom Socialstyrelsen i sitt arbete bedömt att den verksamheten inte är primärvård. Det har framkommit i utredningens dialog med Socialstyrelsen. Det innebär att en stor del av hälsan hos barn och unga mellan 6 och 20 år inte kommer att följas. Utredningen bedömer att hälsodataregister behöver samla in uppgifter från alla ingående hälsovårdande verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården för att det ska vara möjligt att följa barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som barn och unga får under hela uppväxten.

Uppgifter om barns och ungas hälsotillstånd som inte är relaterade till diagnos eller någon av övriga uppgiftstyper som listas i Socialstyrelsens förslag, kan inte samlas in i patientregistret. Det innebär i praktiken att det i första hand är besök och inkommande remisser från mödrahälsovården och barnhälsovården, som är aktuella att ingå i patientregistret. I utredningens dialog med Socialstyrelsen framkommer dock att det finns en möjlighet att med hjälp av KVÅ-koder⁷ registrera hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Lämpliga KVÅ-koder behöver i så fall tas fram.

Utredningen bedömer att det är positivt att hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan registreras utan att åtgärderna måste vara knutna till en diagnos. Den vård som de hälsovårdande verksamheterna erbjuder utgår inte från diagnos eller sökorsak. Den handlar om att stödja och stärka det friska, identifiera avvikelser och behov och tillhandahålla stöd efter behov. Det är därför avgörande att KVÅ-koder tas fram så att det blir möjligt att följa upp hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Socialstyrelsen har i juli 2021 fått i uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (dnr S2021/05369). Enligt uppdraget ska myndigheten i första hand fokusera på data som i dag inte finns tillgänglig på nationell nivå, men som kan vara av nationellt intresse. De ska beakta att insamlad data ska vara tillgänglig för myndigheter, kommuner och regioner och andra relevanta aktörer. Uppdraget ska inte begränsas till att omfatta hälsodata som i första

⁷ KVÅ står för klassifikation av vårdåtgärder.

hand berör Socialstyrelsens område utan även hälsodatomängder som andra aktörer kan ha behov av.

Det finns ännu ingen planering av uppdragets genomförande att tillgå, och det framgår därför ännu inte om och hur barns och ungas hälsa kommer att omfattas av uppdraget.

Utredningen ser en möjlighet att komplettera uppdraget om att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet, med utredningens förslag om uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna de författningsförslag som är nödvändiga för att det ska kunna ske.

Att inkludera elevhälsans medicinska insatser i hälsodataregister är ett nödvändigt steg på vägen

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och lämna nödvändiga författningsförslag.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen menar att det är mycket angeläget att uppgifter från elevhälsans medicinska insatser inkluderas i hälsodataregister, på samma sätt som uppgifter från mödrahälsovården och barnhälsovården enligt Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat patientregister. Den hälso- och sjukvård som elevhälsans medicinska insatser utför motsvarar sådan hälsouppföljning och åtgärder som mödrahälsovården och barnhälsovården ger, men för barn och unga som går i skolan. Uppgifter från elevhälsans medicinska insatser är därför en förutsättning för att få ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa.

Att elevhälsans medicinska insatser exkluderas från patientregistret innebär att det kommer att saknas uppgifter från hälsovården för barn och unga under större delen av deras uppväxt, det vill säga åldrarna 6–20 år. Utredningen konstaterar att Finland har tagit ett helhetsgrepp där hälsouppgifter från deras mödra-, barn- och skolhälsovård ingår i primärvårdsregistret.

Det finns dessutom brister i elevhälsan som behöver följas upp och säkras på nationell nivå. Tillgång till, och genomförande av elevhälsa har stor variation inom och mellan skolhuvudmän och skol-

enheter. Skolinspektionens regelbundna tillsyn visar på återkommande brister när det gäller tillgången till elevhälsans personal och i vilken mån de motsvarar elevernas behov. Det finns också variationer när det gäller elevhälsans arbetssätt, hur mycket resurser rektorn avsätter, kompetensutveckling och stöd till rektorer, svårigheter att rekrytera särskilt i glesbygden samt kombinationen av små skolenheter och stora geografiska avstånd som bidrar till att likvärdigheten brister.⁸

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) lyfter också i sin tillsyn fram att personalen i elevhälsans medicinska insatser inte alltid arbetar i enlighet med fastställda rutiner och processer. Konsekvenserna kan enligt IVO bli en patientsäkerhetsrisk för eleverna med bristfälliga hälsobesök och felaktiga vaccinationer.⁹

Utredningen bedömer därför att det även utifrån ett kvalitets- och jämlikhetsperspektiv är angeläget att behandla uppgifter från den hälso- och sjukvård som elevhälsans medicinska insatser bedriver för barn och unga. Det är en förutsättning för att utveckla verksamheten på lång sikt och för att kunna göra olika studier om effektiviteten i den verksamhet som bedrivs.

I regleringsbrev avseende budgetåret 2021 har Socialstyrelsen fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård (dnr S2020/09593). Enligt 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras öppen vård som annan hälso- och sjukvård än slutenvård. Den hälso- och sjukvård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är därmed öppen vård. Utredningen bedömer att uppdraget bör kompletteras för att tydliggöra att även elevhälsans medicinska insatser omfattas. Ett alternativ är att ge ett särskilt uppdrag om detta till Socialstyrelsen.

⁸ SOU 2021:34, s. 220 ff.

⁹ Inspektionen för vård och omsorg, *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (2016).

Att inkludera den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningarna i hälsodataregister är en angelägen men svår fråga

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård vid ungdomsmottagningarna, och lämna nödvändiga författningsförslag.

Om det visar sig att det inte är möjligt eller lämpligt ska Socialstyrelsen överväga uppföljning baserad på data som inte innehåller personuppgifter.

Skälen för utredningens förslag: Som tidigare nämnts kommer inte uppgifter från den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar att behandlas i patientregistret trots att de ungdomsmottagningar som erbjuder hälso- och sjukvård ingår i primärvården. Socialstyrelsen menar att en insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar skulle omfatta ytterst känsliga personuppgifter, avseende exempelvis barns och ungas sexuella respektive psykiska hälsa. Det främsta argumentet för att ungdomsmottagningarna exkluderas från den föreslagna insamlingen av uppgifter är att barn, det vill säga personer under 18 år, kan besöka ungdomsmottagningar utan vårdnadshavares vetskap. Insamling av den aktuella typen av uppgifter, och det faktum att besök kan ske på barnets eget initiativ, anses därför alltför känslig att ta med i ett hälsodataregister för primärvården. Ett annat skäl är att mottagningarna ser olika ut i sin utformning och sitt uppdrag, varför det kan vara svårt att jämföra och utvärdera verksamheterna nationellt.¹⁰

Utredningen bedömer att det är en brist att ungdomsmottagningar exkluderas från hälsodataregistret, bland annat eftersom en stor del av barns och ungas behov av hälso- och sjukvård, och de hälso- och sjukvårdsåtgärder som de får, inte kommer att synliggöras. Det riskerar att leda till att det inte kommer vara möjligt att inhämta kunskap om orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, och att styra mot en jämlik vård inom detta område.

Det är inte heller alltid säkert att barn och unga söker just ungdomsmottagningen för sina hälso- och sjukvårdsbehov, och barn kan

¹⁰ Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

dessutom söka och få hälso- och sjukvård utan vårdnadshavares vetenskap vid andra hälso- och sjukvårdsverksamheter än ungdomsmottagningen. Till exempel kan ett barn söka sig till barnmorskemottagningen eller vårdcentralen med motsvarande behov, och eftersom de verksamheterna enligt förslaget kommer att ingå i patientregistret, kommer besöken i så fall att registreras.

Utredningen instämmer i att ungdomsmottagningarna ser olika ut i sin utformning och uppdrag, men menar att det är ett skäl som stärker motiven till att det skulle vara värdefullt att behandla vissa uppgifter från dessa verksamheter. Även den hälso- och sjukvård som bedrivs vid ungdomsmottagningar bör styras mot en jämlik vård för barn och unga.

Sammantaget är det alltså utredningens bedömning att det kan finnas stor nytta med att i hälsodataregister behandla vissa uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom ungdomsmottagningars verksamhet. Samtidigt måste nyttan vägas mot andra faktorer, såsom skyddet för den enskildes personliga integritet och den enskildes fri- och rättigheter i övrigt.

Utredningen bedömer att det skulle vara värdefullt om Socialstyrelsen ser över mer specifikt om det finns några uppgifter från den hälso- och sjukvård som bedrivs vid ungdomsmottagningarnas verksamheter som ändå kan vara möjliga och lämpliga att behandla. En utförlig beskrivning av avvägningen av alla relevanta faktorer behöver tas fram för att kunna ta ställning till detta. Om det inte bedöms möjligt och lämpligt att några uppgifter alls behandlas, så kan det också vara relevant att överväga uppföljning baserat på data som inte innehåller personuppgifter. Det skulle till exempel kunna handla om aidentifierad statistik från ungdomsmottagningar om till exempel antal besök, vanliga besöksorsaker och åtgärder.

Nyttan med uppgifter om barns och ungas hälsa i hälsodataregister måste vägas mot risker för den personliga integriteten

Utredningen menar att det finns ett uppenbart stort värde i att samla in och behandla uppgifter om individers vård och hälsa. Det skapar stor nytta för befolkningen i form av ökad kunskap och förbättrade metoder i hälso- och sjukvården, som ytterst bidrar till en bättre hälsa. Särskilt uppgifter om barns och ungas hälsa har en potential att bidra till ett bättre hälsoutfall för barn och unga på kort sikt och för be-

folkningen i stort på längre sikt, det framkommer i utredningens dialoger. En ökad kunskap om orsakssamband och verksamma tidiga insatser kan minska och förhindra ohälsa för barn och unga, men också i deras framtida liv som vuxna.

Samtidigt medför insamlandet, hanteringen och användandet av sådan information risker ur ett integritetssperspektiv. Det ställer höga krav på att dessa uppgifter skyddas, så att de exempelvis inte kan nås av obehöriga. Det är också angeläget att nyttan med att behandla uppgifterna överväger de eventuella risker som behandlingen kan medföra.

En sådan analys är dock inte enkel. Det finns inga givna svar på när nyttan överstiger riskerna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att det saknas kunskap om faktiska konsekvenser av att uppgifter inte är tillgängliga och hur stora riskerna för integritetsintrång av olika slag är. Det råder även en brist på samsyn kring viktiga begrepp, inte minst vad personlig integritet är. Myndigheten lyfter vidare fram att debatten ofta är endimensionell, där aktörerna fokuserar antingen på nyttan eller på integritetsskyddet av användningen av digitala hälsouppgifter.¹¹

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning om befolkningens inställning till behandling av digitala vårduppgifter, konstateras att majoriteten av de tillfrågade överlag har en positiv inställning till att ingå i hälsorelaterade register. Många är positiva till forskning som kan leda till bättre liv och hälsa för kommande generationer. En majoritet uppger att de skulle acceptera obligatorisk registrering av vissa uppgifter i ett specifikt register om man vet att detta kommer att bidra till snabb medicinsk utveckling.¹²

Undersökningen visar också att de flesta anser att det är av central betydelse att uppgifterna skyddas från obehöriga och inte hamnar i orätta händer. Det framgår också att personer med högt förtroende för att hälso- och sjukvården kan hantera och skydda digitala hälsouppgifter på ett säkert sätt föredrar ett obligatoriskt register, medan personer med lågt förtroende föredrar ett frivilligt register.¹³

Vissa hälsouppgifter anses som mer integritetskänsliga än andra. Det finns dock inte någon entydig bedömning av vilka dessa är och

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetssperspektiv* (2016).

¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).

¹³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).

varför. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning anger de tillfrågade till exempel att uppgifter om psykisk ohälsa, smittsamma sjukdomar, missbruk och beroendesjukdomar, intimbälsa och abort är särskilt integritetskänsliga. Därtill nämns uppgifter som rör erfarenheter eller sociala förhållanden som till exempel våldtäkt eller misshandel inom familjen. Samtidigt betonas också det principiella värdet av att alla uppgifter skyddas, oberoende av karaktär.¹⁴ Utredningen noterar att de tillfrågade i undersökningen inte lyft uppgifter om till exempel vikt och längd eller hälsofrämjande insatser som mer integritetskänsliga än andra uppgifter om hälsa. Det kan möjligen ge en indikation på en allmän acceptans för att sådana uppgifter behandlas i register, och kan i så fall eventuellt motivera en annan bedömning av behandlingen av uppgifter om barns vikt och längd än vad dåvarande Datainspektionen gjorde 2009. För ytterligare beskrivning av detta se kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

En ytterligare indikation på att en annan bedömning om möjligheten att samla in uppgifter om barns och ungas vikt och längd eventuellt skulle göras i dag, är det faktum att andra länder som till exempel Finland, har gjort bedömningen att sådana uppgifter får samlas in i hälsodataregister, se även kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys. Från att tidigare ha haft ytterst få nationella och regionala sammanställningar av dessa data, är det nu automatiserat och aggregerat på nationell nivå. Detta gör det möjligt att se hur till exempel övervikt och fetma utvecklas och varierar inom landet. Det anses nödvändigt att aktuella och heltäckande längd- och viktuppgifter rapporteras in från alla som har uppgiftsskyldighet i deras motsvarighet till barn- och ungdomshälsovården.¹⁵

I utredningens dialoger har patientrepresentanter lyft fram att de ser en risk att vissa symtom, tillstånd och patientgrupper osynliggörs när uppgifter exkluderas från register på grund av att de bedömts som extra känsliga. Det kan förstärka eventuella stigman, vilket inte gynnar de som är drabbade. Det minskar också möjligheterna till ökad kunskap och därmed förbättrad vård och behandling, inklusive möjliga förebyggande insatser.

Personuppgifter om barn anses särskilt skyddsvärda i dataskyddsförordningen eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda

¹⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).

¹⁵ Institutet för hälsa och välfärd (THL) [Finland], *Övervikt och fetma bland barn och unga 2019*, statistikrapport 31/2020 (2020).

risker, följder, skyddsåtgärder och om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter.¹⁶ Barn är, bland annat utifrån barnkonventionen, särskilt skyddsvärda personer som ofta behöver hjälp och stöd av professionella eller andra vuxna för att kunna ta del av sina rättigheter. Utredningen menar att ställningstagandet att barn är extra skyddsvärda inte enbart kan tolkas ur ett integritetsperspektiv, utan även ur perspektivet att barn behöver extra stöd för god utveckling och skydd mot ohälsa. Uppgifter som ger förutsättningar till ökad kunskap för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn, till exempel uppgifter om barns hälsa i hälsodataregister, är därför värdefulla.

Utredningen anser att det är angeläget att både möjliga nyttoaspekter för barns och ungas hälsa å ena sidan och integritetsaspekter med risker för den personliga integriteten å andra sidan, ges likvärdigt utrymme i diskussionen och analysen. Vid resonemang om risker och farhågor kring att behandla olika uppgifter om barns och ungas hälsa, behöver uppmärksamheten samtidigt vara riktad mot de problem som är tänkta att minska med hjälp av behandlingen av uppgifterna. En förtrogenhet med båda aspekterna krävs för en väl avvägd analys.

Socialstyrelsen är en lämplig myndighet för uppdragen

Utredningen bedömer slutligen att Socialstyrelsen är en lämplig myndighet för uppdragen. Enligt myndighetens instruktion ska Socialstyrelsen följa, analysera och rapportera om bland annat hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier (4 § 6 förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Socialstyrelsen är dessutom statistikansvarig myndighet inom bland annat områdena hälsa och sjukdom och hälso- och sjukvård (bilagan till förordningen [2001:100] om den officiella statistiken).

Socialstyrelsen har också, som beskrivits ovan, flera andra pågående och närliggande uppdrag som har beröringspunkter med utredningens förslag. Det är därför lämpligt att Socialstyrelsen ges möjlighet att samordna dessa uppdrag med de uppdrag som utredningen föreslår.

¹⁶ 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, dataskyddsförordningen, skäl 38.

Uppdragen bör ske i samverkan med Folkhälsomyndigheten, SKR, Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, professionsföreningar, och andra relevanta organisationer.

5.2 Förtydligande om uppgifter om hälsovård i kvalitetsregister

Bedömning: Det är nödvändigt att följa upp hälsovårdande verksamheter, särskilt de som riktar sig till barn och unga. Uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver därför registreras i kvalitetsregister så att vården kan kvalitetssäkras.

Förslag: Det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Skälen för utredningens förslag: Kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Utredningen bedömer att lokalt och regionalt förbättringsarbete är en förutsättning för en mer jämlik och likvärdig barn- och ungdomshälsovård som ändamålsenligt kan möta alla barn och unga utifrån deras behov. Kvalitetsregistren skapar goda förutsättningar för det systematiska förbättringsarbetet på lokal, regional och nationell nivå. Kvalitetsregistren kan på så sätt ge ökade möjligheter till en hälso- och sjukvård som är kunskapsbaserad, ändamålsenlig och jämlik. När kvalitetsregistren är nationella är det möjligt att göra rättvisande jämförelser mellan regioner och vårdenheter.¹⁷ Det faktum att kvalitetsregistren drivs av professionen, som själva har nytta av registren i sin yrkesvardag, innebär också att det finns ett engagemang hos professionen när det gäller registerutvecklingen.

Som beskrivs i delbetänkandet gör utredningen bedömningen att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Utredningen föreslår därför i delbetänkandet att det uttryckligen ska anges

¹⁷ Kjell Asplund, "Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 25.

i 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Dessutom föreslår utredningen att föreskrifter ska tas fram för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 0–20 år ska utvecklas och implementeras i barn- och ungdomshälsovården. Förslagen syftar till att stärka styrningen mot ett hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga, med en tydlig målsättning att skapa en sammanhållen och kontinuerlig hälsouppföljning genom hela uppväxten. I linje med detta ser utredningen behov av att hälsofrämjande och förebyggande åtgärder följs upp och kvalitetssäkras.

Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får primärt behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § patientdatalagen). Så länge personuppgifter tagits in i ett kvalitetsregister för detta primära ändamål är det möjligt att även använda personuppgifterna för sekundära ändamål, bland annat statistikframställning och forskning inom hälso- och sjukvården (7 kap. 5 § patientdatalagen).

Av propositionen till patientdatalagen framgår att det inte ansågs vara möjligt att på lagstiftningsnivå i detalj precisera vilka personuppgifter som får behandlas i alla de sinsemellan olika nationella kvalitetsregistren. För att värna den enskildes personliga integritet infördes bland annat begränsningen att endast sådana personuppgifter som behövs för det primära ändamålet, det vill säga kvalitetssäkring av vård, får tas in i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister (se 7 kap. 8 § patientdatalagen). Tolkningen av vad som behövs för detta ändamål kan ske inom ganska vida ramar.¹⁸

Barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter arbetar i huvudsak med det hälsovårdande uppdraget, genom hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar hälsan. Personuppgifter om hälsa behöver därmed behandlas för att dessa verksamheter systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Utredningen gör mot denna bakgrund bedömningen att gällande rätt tillåter att personuppgifter behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder inom exempelvis barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser.

¹⁸ Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 185.

Som beskrivits i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys har det gjorts olika bedömningar när det gäller frågan om kvalitetsregister som avser barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser kan betecknas som nationella kvalitetsregister, bland annat utifrån att uppgifterna som tas in i registren inte baseras på diagnos. Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregisters beslut om att BHVQ och EMQ inte uppfyller de kriterier ledningsfunktionen ställt upp för nationella kvalitetsregister grundar sig på en promemoria från Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister. Promemorian innehåller en tolkning av gällande rätt som enligt utredningen, förutom relevanta rättskällor, bygger på andra perspektiv och underlag än de som framkommer i patientdatalagens förarbeten. Som framgår ovan gör utredningen med utgångspunkt i lagtext och förarbeten en annan bedömning av rättsläget. Ledningsfunktionens beslut har skapat otydlighet och osäkerhet om möjligheten att behandla personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser i nationella och regionala kvalitetsregister. Utredningen bedömer därför att lagtexten behöver förtydligas.

För att tydliggöra att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder föreslår utredningen att ändamålsbestämmelsen i 7 kap. 4 § patientdatalagen ändras. Utredningen föreslår därmed att det ska anges i 7 kap. och 4 § patientdatalagen att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet i stället för *vårdens* kvalitet, vilket anges i nuvarande lydelse. På detta sätt tydliggörs att bestämmelsen omfattar hela hälso- och sjukvården. För att ändamålsbestämmelsen ska överensstämma med definitionen av kvalitetsregister i 7 kap. 1 § patientdatalagen föreslås att även 1 § ändras.

Utredningen har noterat att kvalitetsregistrens ändamål diskuteras av olika aktörer. Utredningen vill här framhålla att ändamålet är centralt för hur personuppgifter får behandlas. Personuppgifter får enbart samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål (artikel 5.1 b dataskyddsförordningen¹⁹). Det framgår även av förarbetena till patientdatalagen att det primära ändamålet, det vill

¹⁹ 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.

säga utveckling och kvalitetssäkring av vården, måste brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som avses täckas med registret.²⁰ För att ändamålet för kvalitetsregister som främst behandlar hälsovård inte ska bli för generellt och vidlyftigt behöver det alltså specificeras. Enligt utredningen innebär detta inte att det preciserade ändamålet måste begränsas till en viss diagnos. Ett preciserat ändamål skulle till exempel kunna vara att följa upp och utvärdera särskilt angivna hälsofrämjande insatser och effekten av dem. Som beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt, innehåller dataskyddsförordningen inte några begränsningar om antalet särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Så länge samtliga ändamål är särskilda, uttryckligt angivna och berättigade och behandlingen i övrigt är förenlig med gällande lagstiftning bör det inte finnas något hinder mot att personuppgifter samlas in för flera ändamål. Det medför att ett kvalitetsregister kan ha flera specifika och särskilda ändamål som ryms inom det primära ändamålet kvalitetssäkring. På det sättet kan ändamålen anpassas till det särskilda kvalitetsregistret. Utredningen vill i detta sammanhang påpeka att det även är viktigt att kvalitetsregistren behandlar relevanta variabler och utvecklar indikatorer av god kvalitet för att det ska vara möjligt att utvärdera effekterna av hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser skiljer sig från många andra kvalitetsregister då den potentiella populationen omfattar alla barn och unga i Sverige. I patientdatalagen eller dess förarbeten ställs det inte upp några krav på att populationen i registret ska begränsas. Ett preciserat ändamål medför emellertid att personuppgifterna i registret begränsas, vilket skyddar den enskildes personliga integritet.

Samordnad uppföljning för att följa effekten av hälsofrämjande och förebyggande insatser

Utredningen bedömer att kvalitetssäkring behöver ske i hela hälsouppföljningsprocessen från graviditeten till vuxen ålder, genom de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården, och inte enbart i respektive verksamhet var för sig. Kunskapen om vilka insat-

²⁰ Prop. 2007/08:126, s. 179.

ser som är mest effektiva för att främja hälsa och tidigt förebygga sjukdom hos barn och unga behöver utvecklas. Utredningen bedömer att det är värdefullt att även barn och unga görs delaktiga i relevanta delar av denna process. Med hjälp av nationellt överenskomna och samordnade variabler för insatser och hälsoutfall under uppväxten kan det vara möjligt att följa effekten av hälsofrämjande och förebyggande insatser över tid. Det kan till exempel handla om variabler som mäter vikt och längd, psykosocial hälsa, rökning i hemmet och föräldraskapsstöd.

Det finns, som tidigare nämnts, i nuläget tre kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå. Dessa är Graviditetsregistret, BHVQ och EMQ. Fullt utbyggda skulle dessa register tillsammans fånga centrala uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som ges till barn och unga i Sverige under hela uppväxttiden. Dessutom finns beröringspunkter med Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) som följer upp kvaliteten i de insatser som ges till barn och unga inom tandvården för att förebygga karies och främja god tandhälsa. Som utredningen konstaterar i delbetänkandet är tandvården en viktig samverkanspart för barn- och ungdomshälsovården.²¹

I utredningens dialoger med representanter för Graviditetsregistret, BHVQ och EMQ har det framkommit att det i nuläget endast finns några få gemensamma variabler, men att det finns både en stor potential och en vilja att utveckla detta arbete. Ett sådant arbete kan också bidra till att öka samverkan mellan verksamheterna, framför allt på lokal och regional nivå. Förutsättningarna för detta arbete är rimligen goda, eftersom det finns en etablerad samverkan mellan BHVQ och EMQ genom adjungerad representation till respektive registers styrgrupp. I styrgruppen för BHVQ finns även en adjungerad representant från Graviditetsregistret. Sammanfattningsvis ser utredningen det som en önskvärd utveckling att de kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter samordnar sina variabler.

²¹ SOU 2021:34, s. 172 ff.

Kvalitetsregister är viktiga för det systematiska förbättringsarbetet inom barn- och ungdomshälsovården

Bedömning: Statligt stöd bör utgå till kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga under en uppbyggnadsfas. Det är en förutsättning för att registren ska kunna utvecklas och uppnå full täckningsgrad.

Skälen för utredningens bedömning: Det är i första hand huvudmännen som ansvarar för finansieringen av kvalitetsregistren. Utredningen bedömer dock att utvecklingen av kvalitetsregister inom de hälsovårdande verksamheterna även behöver stimuleras genom statligt stöd. I kapitel 7, Konsekvensanalys, utvecklar utredningen resonemang om de kostnader som fullt utbyggda kvalitetsregister kan komma att innebära.

Regionerna och skolhuvudmännen har i egenskap av vårdgivare en skyldighet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen). Utredningen bedömer att kvalitetsregister som omfattar uppföljning av barn- och ungdomshälsovården kan utgöra ett viktigt verktyg för verksamheternas systematiska förbättringsarbete. Utredningen gör vidare bedömningen att det är värdefullt att det finns kvalitetsregister som följer de verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med barn och unga. Fullt utbyggda kan sådana register utgöra en unik källa för information om insatser och dess effekter som är centrala för barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxten. De skapar också förutsättningar för verksamheterna att arbeta proaktivt med hälsofrämjande och förebyggande insatser utifrån barnens och de ungas behov. Genom att följa barns och ungas hälsoutveckling och de insatser som ges, kan kunskapen öka om samband och behov av insatser för att arbeta mer ändamålsenligt utifrån barns och ungas behov. Fullt utbyggda skulle kvalitetsregistren också skapa möjligheter att följa genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som föreslås i utredningens delbetänkande. Centralt i det nationella hälsovårdsprogrammet är hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxttiden. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården.

I förslaget till ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum som beskrivs närmare i kapitel 4 föreslås att kvalitetsregister som erbjuds stöd ska ha hög täckningsgrad och bedriva ett arbete för att göra data tillgänglig för andra aktörer i forsknings- och utvecklingsyfte.²² För att kvalitetsregister inom det hälsovårdande området ska kunna utvecklas och uppnå en hög täckningsgrad bedömer utredningen att det är viktigt att dessa kvalitetsregister ska kunna ta del av ett sådant statsbidrag även under en uppbyggnadsfas.

5.3 Hälsoreformen för barn och unga bör följas, stödjas, utvärderas och tillses

I delbetänkandet lägger utredningen fram flera förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga med fokus på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Sammantaget utgör förslagen och bedömningarna en hälsoreform som ska leda till bättre fysisk och psykisk hälsa för barn och unga.

Dagens barn- och ungdomshälsovård är fragmentiserad och uppdelad på flera huvudmän och vårdgivare som arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Utredningen bedömer att det därför behövs en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av denna verksamhet. Utgångspunkten ska vara ett helhetsperspektiv på hälsa där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdenhet.

Utredningen föreslår i delbetänkandet att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa bör förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 0–20 år ska utvecklas och implementeras i de berörda verksamheterna. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården.²³

I ett fragmentiserat system med många aktörer inblandade är samverkan en central förutsättning för att barn och unga ska få en mer sammanhållen vård. Utredningen bedömer att krav på samverkan i

²² Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet, promemoria från Socialdepartementet (2021).

²³ SOU 2021:34, s. 257 ff.

huvudsak finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453). Utredningen bedömer dock att regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän behöver förtydligas. Utredningen föreslår därför i delbetänkandet en bestämmelse med denna inriktning.²⁴ Utredningen föreslår dessutom att rätten till fast vårdkontakt ska skärpas för barn och unga med syftet att fler barn ska få tillgång till denna funktion. Det är en förutsättning för kontinuitet och samordning i vårdprocessen.²⁵

I delbetänkandet presenterar utredningen även ett antal steg som behöver vidtas för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få sina vårdbehov tillgodosedda. I dessa steg ingår bland annat att utveckla primärvården som en naturlig väg in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst även när det gäller psykiska vårdbehov för barn och unga. Utredningen bedömer att det är en förutsättning för att skapa en tydlig och långsiktigt hållbar vårdorganisation för barn och unga. I stegen ingår också att den specialiserade vården bör utveckla och stärka sin konsultativa roll och vara mer tillgänglig för primärvården och elevhälsan med stöd och hjälp. En central förutsättning för en sådan utveckling är den fortsatta omställningen till en god och nära vård och att primärvården förstärks med resurser och kompetens.²⁶ Med utgångspunkt från dessa steg lämnar utredningen i delbetänkandet ett underlag till en överenskommelse om insatser som ska bidra till en köfri barn- och ungdomspsykiatri.²⁷

Därutöver lyfter utredningen fram ett antal bedömningar som syftar till att barnrättsperspektivet systematiskt ska utvecklas i hälso- och sjukvården. Det gäller för omställningen av den nära vården och när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården i sin region. Det gäller också i vårdsituationen, där vårdtjänster behöver bli mer anpassade efter barns och ungas behov, och där barn och unga ska ses som subjekt och göras mer delaktiga i sin egen vård- och behandlingssituation.²⁸

För att hälsoreformen ska genomföras krävs ett omfattande arbete på nationell, regional och lokal nivå. Det handlar om att utforma och

²⁴ SOU 2021:34, s. 291 ff.

²⁵ SOU 2021:34, s. 310 ff.

²⁶ SOU 2021:34, s. 334 ff.

²⁷ SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.

²⁸ SOU 2021:34, s. 303 ff.

genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga och att bygga upp hållbara strukturer för samverkan mellan berörda vårdgivare på regional och lokal nivå. Utredningen bedömer att det dessutom behövs flera insatser för att stödja genomförandet av hälso-reformen och för att följa upp, utvärdera och tillse att det arbete som genomförs leder till en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga. Nedan lämnar utredningen förslag och bedömningar med denna inriktning.

5.3.1 Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsovårdsreformen

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella hälso-reformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet. I uppdraget ska även ingå att föreslå indikatorer för att kunna följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ser behov av att Socialstyrelsen stödjer huvudmän och vårdgivare i genomförandet av den hälso-reform för barn och unga som utredningen föreslår i delbetänkandet.²⁹ Utredningen bedömer att det är en förutsättning för att hälso-reformen ska genomföras på ett likvärdigt sätt i landet oavsett huvudman eller vårdgivare. Socialstyrelsen bör fokusera på att stödja genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, eftersom programmet är en central del i hälso-reformen. Särskild fokus bör läggas på att stödja programmets genomförande i elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Det nationella hälsovårdsprogrammet ska gälla för alla barn och unga under hela uppväxttiden. I programmet ska hälsouppföljningen i form av hälsobesök och hälsofrämjande och förebyggande insatser på olika nivåer ingå, på universell nivå för alla barn och unga och på selektiv och indikerad nivå för barn och familjer med behov av mer fördjupade insatser. Föräldraskapsstöd ska vara en självklar del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Syftet med programmet är att bidra till en nationellt enhetlig styrning av det hälsofrämjande

²⁹ SOU 2021:34, s. 255.

och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga, så att alla barn och unga kan få insatser på likvärdiga grunder i landet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Målet är att alla barn och unga ska uppnå bästa möjliga fysiska, psykiska, sociala och sexuella och reproduktiva hälsa. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för berörda huvudmän, SKR, professions- och patientorganisationer.³⁰

För att målen med programmet ska kunna uppnås behöver samverkan stärkas både mellan barn- och ungdomshälsovårdens aktörer och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Vidare behöver informationsdelningen inom och mellan berörda vårdverksamheter effektiviseras och barns och ungas vårdinsatser samordnas mellan de olika verksamheterna. Socialstyrelsen bör därför stödja utvecklingen av samverkan och samordning av vårdinsatser och vårdinformation mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Dessutom behöver Socialstyrelsen stödja utvecklingen av en mer personcentrerad vård för barn och unga. Hälso- och sjukvården behöver i högre grad än i dag anpassas och utvecklas till barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Barn och unga behöver göras delaktiga i sin egen vård och behandling.

I uppdraget bör även ingå att föreslå indikatorer för att följa utvecklingen av en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och hur dessa indikatorer kontinuerligt kan redovisas. Detta arbete bör ske samordnat med Socialstyrelsens uppdrag att utforma hälsovårdsprogrammet för barn och unga och genomföras i nära samverkan med företrädare för berörda huvudmän, kvalitetsregister och systemet för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård. Utredningen bedömer att det finns vissa synergieffekter mellan denna del av uppdraget och utredningens förslag att Socialstyrelsen bör utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna samt lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske.

³⁰ SOU 2021:34, s. 271 ff.

Stödja och följa upp insatser för att utveckla vården för barn och unga med psykisk ohälsa

I uppdraget till Socialstyrelsen bör dessutom ingå att stödja och följa utvecklingen av de prioriterade områdena som utredningen föreslår i delbetänkandet, för att uppnå en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP).³¹ I denna del av uppdraget finns beröringspunkter och synergieffekter med Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens befintliga uppdrag gällande statens insatser inom området psykisk hälsa (dnr S2020/01044/FS). De prioriterade områdena är:

Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. I uppföljningen bör särskilt fokus läggas på samverkansprojekt mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov och för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården. Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus om vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget. Det skapar en väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehov hos barn och unga.

I uppföljningen bör fokus läggas på om huvudmännen skapar en tydligare hälso- och sjukvårdsorganisation, med primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga. Särskild vikt bör läggas vid om regionerna har kommit överens om vilka vård-

³¹ SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.

behov som ska hanteras i primärvården och vilka kompetenser som är nödvändiga att tillgängliggöra i primärvården för att barns och ungas psykiska vårdbehov ska kunna tillgodoses. Särskild vikt bör även läggas vid att följa upp att regionerna inkorporerar uppdrag om psykiska vårdbehov i sina förfrågningsunderlag för vårdval inom primärvården.

Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår att utveckla strukturer, rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsultation och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser. Den framtida nära vården utvecklas och bygger på ett ömsesidigt lärande och en samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården. I uppföljningen bör särskild vikt läggas vid om regionerna har utformat en tydlig konsultationsmodell där primärvården och elevhälsans medicinska insatser har uppbyggda relationer och vid behov interagerar med BUP och annan relevant specialiserad vård såsom barnmedicin och barnhabilitering, för stöd i bedömningen och prioriteringen av vårdbehov och handledning. Det ger en effektivare bedömning av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån, vilket är grunden för en fungerande stegvis vård. Bryggor för ömsesidig kunskaps- och kompetensöverföring främjar relationerna mellan vårdens aktörer, så att kontaktvägar och samarbete gynnas. Den specialiserade vården och sjukhusen har stor nytta av ett starkare generalistperspektiv, vilket också ligger i omställningens syfte.

5.3.2 Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera hälsoreformen för barn och unga

Förslag: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att utvärdera effekterna av den nationella hälsoreformen för barn och unga. I uppdraget ska initialt ingå att utvärdera hur reformen implementeras. Särskild vikt ska läggas vid förutsättningarna för huvudmän och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar att implementera programmet.

Bedömning: Myndighetens utvärdering bör utgöra ett underlag för regeringens överväganden om huruvida det är lämpligt att införa en sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga med regionen som huvudman.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ser behov av att den hälsoreform för barn och unga som föreslås i delbetänkandet utvärderas ur ett patient- och medborgarperspektiv av en oberoende myndighet. Det övergripande syftet bör vara att utvärdera effekterna av hälsoformen. Delaktighet, kontinuitet, samordning och trygghet för barn och unga bör vara centrala delar av utvärderingen liksom om hälso- och sjukvården utvecklas och anpassas till barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är den myndighet som är mest lämpad att göra en sådan utvärdering. Myndigheten har i enlighet med sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg (1 § förordningen [2010:1385] med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). Myndigheten ska bland annat följa upp vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statliga verksamhet och styrning (2 § förordningen med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys).

Utredningen bedömer dock att det kan komma att ta lång tid innan det är möjligt att utläsa några effekter av satsningen. Det tar tid att bygga upp nya system och förändrande arbetssätt. Utredningen föreslår därför att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys initialt får i uppdrag att utvärdera implementeringen av den föreslagna hälso-reformen för barn och unga. I detta ingår att följa upp och utvärdera om det nationella hälsovårdsprogrammet implementeras på ett likvärdigt sätt i landet oavsett huvudman eller vårdgivare. Särskild vikt bör läggas vid förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att implementera programmet.

Vidare bör utvecklingen av systematisk samverkan mellan berörda vårdgivare och samordning i vårdprocesser för barn och unga följas upp och analyseras. Det gäller både samverkan mellan de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och samverkan mellan dessa

verksamheter och hälso- och sjukvården i övrigt, tandvården och socialtjänsten. Dessutom bör utvecklingen av primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården för barn och ungas psykiska vårdbehov följas upp och analyseras. I denna del bör särskild vikt läggas vid att första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga. Dessutom bör vikt läggas vid utvecklingen av den specialiserade vårdens konsultativa roll gentemot primärvården och elevhälsans medicinska insatser.

På sikt bör hela hälsoreformen utvärderas, och om barn och unga får tillgång till likvärdig vård enligt programmet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Utredningen bedömer att en sådan utvärdering inte är aktuell förrän hälsoreformen är implementerad i verksamheterna.

Utvärderingen kan utgöra ett underlag till regeringens övervägande i fråga om sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman

I delbetänkandet redovisar utredningen förutsättningar för att införa en sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga med regionen som huvudman. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid från tillblivande till vuxen ålder. Med hälsouppföljning avses sådan hälsouppföljning som i dag utförs i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen bedömer att det skulle kunna skapa bättre förutsättningar för en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare, vilket skulle gynna utvecklingen av barns och ungas hälsa och välmående. Regionerna skulle också få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser med utgångspunkt från barns och ungas behov, på ett mer effektivt sätt. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta uppföljningen av hälsan på såväl individuell som aggregerad nivå på ett systematiskt sätt. Skolan skulle i högre grad kunna fokusera på elevernas utveckling mot utbildningens mål, att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande.

I delbetänkandet bedömer utredningen dock att tiden inte är mogen för att genomföra en sådan förändring. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. Utredningen bedömer även att elevhälsans resurser behöver säkras och de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet stärkas, för att kunna stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningens huvudförslag är i stället att det nationella hälsovårdsprogrammet först ska utvecklas och implementeras. Programmet ska bidra till en nationellt enhetlig styrning av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Men om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte skulle ge önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet, bedömer utredningen att regeringen kan överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman.³²

Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering av implementeringen av hälsoreformen bör utgöra ett underlag vid regeringens ställningstagande i denna fråga. Det bör ingå i myndighetens uppdrag att avgöra när en sådan utvärdering är lämplig. Utredningen bedömer dock att en sådan utvärdering rimligen inte kan göras förrän två till tre år efter att hälsovårdsprogrammet har tagits fram och kan användas i verksamheterna.

5.3.3 Förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras

Bedömning: Socialdataskyddsutredningens (S 2016:05) förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det finns ett behov av mer ändamålsenliga förutsättningar för behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Det krävs för att det uppdrag som utredningen föreslår i avsnitt 5.3.2 ska kunna genomföras med så hög kvalitet och på ett så effektivt sätt

³² SOU 2021:34, s. 380 ff.

som möjligt. Det är också relevant för myndighetens förutsättningar att följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården och omsorgen för barn och unga i övrigt.

Socialdataskyddsutredningen (S 2016:05) utredde behovet av en särskild författning med bestämmelser om personuppgiftsbehandling vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredningen bedömde att ett sådant behov finns och lämnade därför förslag till en lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Lagen föreslås bli tillämplig vid behandling av personuppgifter i verksamhet vid myndigheten som avser uppföljning och analys av verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv, när det gäller sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad samt behandling av personuppgifter som ingår eller är avsedda att ingå i ett register. Förslaget innefattar bland annat ett krav på extern etisk prövning av vissa typer av personuppgiftsbehandlingar. Förslaget innehåller också bestämmelser om ändamålsbestämning, skyddsåtgärder och gallring.³³

Denna utredning bedömer att den registerförfattning som Socialdataskyddsutredningen har föreslagit påtagligt skulle förbättra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys möjligheter att följa upp och analysera effekterna av reformen. Den föreslagna registerförfattningen skulle också förbättra myndighetens förutsättningar att följa upp och analysera hälso- och sjukvården och omsorgen för barn och unga i övrigt, det vill säga även i andra sammanhang än inom ramen för en uppföljning av reformen.

Om förslagen till registerförfattning genomförs skulle det bland annat möjliggöra en ökad kunskap om barns och ungas egen uppfattning om hälso- och sjukvårdens och omsorgens utformning och kvalitet, genom att information på ett mer ändamålsenligt sätt skulle kunna inhämtas direkt från barn och unga. Det finns i dag stora utmaningar med att inhämta kunskap på det sättet på nationell nivå. För Myndigheten för vård- och omsorgsanalys del ligger utmaningen främst i att myndighetens enda möjlighet att behandla vissa typer av personuppgifter är att inhämta ett uttryckligt samtycke. Detta är särskilt komplext när det gäller behandling av personuppgifter om barn. Behovet av att kunna inhämta sådan kunskap är alltså ett viktigt skäl till att

³³ SOU 2018:52 *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, s. 145 ff.

utredningen bedömer att det är angeläget att genomföra förslaget till registerförfattning. Även förutsättningarna för behandling av uppgifter från andra källor än från barn och unga själva skulle på olika sätt kunna förbättras genom förslaget. Genom att skapa förutsättningar för myndigheten att behandla personuppgifter från exempelvis kvalitetsregister och hälsodataregister skulle myndigheten kunna genomföra uppföljningar och analyser av högre kvalitet och på ett mer effektivt sätt än i dag.

Uppföljningar och utvärderingar inom hälso- och sjukvården adresserar sällan frågor om barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser på ett fullständigt sätt. Utredningen bedömer att kunskapen om dessa perspektiv behöver öka och att sådan kunskap är en förutsättning för att vården ska kunna utvecklas och i högre grad utformas med utgångspunkt från ett barnrättsperspektiv och från ungas perspektiv. Genom att skapa bättre förutsättningar för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att behandla personuppgifter, och därmed bättre förutsättningar att genomföra uppföljningar och utvärderingar utifrån bland annat barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser, kan barnrättsperspektivet och ungas perspektiv tillvaratas i utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen på ett bättre sätt än i dag.

5.3.4 Inspektionen för vård och omsorg bör granska barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet

Bedömning: Inspektionen för vård och omsorg bör granska att barn och unga får relevanta insatser från barn- och ungdomshälsovården på likvärdiga grunder i landet oavsett bostadsort, val av vårdgivare eller skola. Granskningen behöver utgå ifrån det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga.

Skälen för utredningens bedömning: I delbetänkandet redogör utredningen för brister när det gäller tillgången till likvärdig barn- och ungdomshälsovård i landet. Bristerna beror i hög grad på att vården är fragmentiserad och uppdelad på många olika huvudmän och vårdaktörer. Likvärdigheten är särskilt problematisk när det gäller elevhälsans medicinska insatser och dess förutsättningar att erbjuda

hälsofrämjande och förebyggande insatser.³⁴ Problem med likvärdighet finns också när det gäller ungdomsmottagningarnas verksamhet. Dessutom förekommer brister när det gäller samverkan mellan de berörda vårdverksamheterna, informationsöverföring och samordning av barns och ungas vårdinsatser i alla led mellan de olika vårdverksamheterna under barnets och den unges hela uppväxttid. Särskilt bristfällig är samverkan mellan elevhälsan, primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. Det finns även brister i samverkan mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och socialtjänsten respektive tandvården. Denna bild har bekräftats vid utredningens dialoger med företrädare för verksamheter, professioner och barn och unga.³⁵ I delbetänkandet lyfter utredningen vidare fram att hälso- och sjukvårdens arbete med delaktighet för barn och unga behöver förstärkas. Hälso- och sjukvården för barn och unga behöver bli mer personcentrerad och anpassad till barns och ungas behov och preferenser. Barn och unga behöver också ges förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård och behandling.³⁶

För att komma tillrätta med dessa brister föreslår utredningen flera insatser i delbetänkandet som ska leda till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Utredningen bedömer att det också behövs särskilda tillsynsinsatser av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Tillsynen är ett viktigt verktyg för att granska att barn och unga får vård som är säker, har god kvalitet och uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Enligt Inspektionen för vård och omsorgs instruktion ska tillsynen planeras och genomföras med utgångspunkt från riskanalyser om var behovet av tillsyn är som störst (2 § förordning [2013:176] om instruktion för Inspektionen för vård och omsorg).

Mot bakgrund av de brister som redovisas ovan bedömer utredningen att det finns ett stort behov av att granska barn- och ungdomshälsovården. Utredningen anser därför att Inspektionen för vård och omsorg bör ta initiativ till en mer systematisk granskning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och om barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet för barn

³⁴ SOU 2021:34, s. 220 ff.

³⁵ SOU 2021:34, s. 233 ff.

³⁶ SOU 2021:34, s. 303 ff.

och unga. Det behöver också granskas om vårdinsatser för barn och unga är samordnade och om vård ges på ett kontinuerligt sätt. Dessutom behöver det granskas om barn och unga ges förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård och behandling. Sådan tillsyn kan bidra till att barn och unga får sina rättigheter tillgodosedda i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att tillsyn av barn- och ungdomshälsovården också kan bidra i arbetet med att förebygga köer till BUP. Om inspektionen granskar att barn och unga med psykiska besvär fångas upp redan i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, kan en allvarligare utveckling och behov av specialiserad vård inom BUP förebyggas.

De förslag som utredningen lägger fram i delbetänkandet angående hälso- och sjukvårdens ansvar att främja hälsa, föreskrifter för hälsofrämjande och förebyggande arbetet och det nationella hälsovårdsprogrammet kommer att tydliggöra vilka krav som kan ställas på vårdverksamheter inom barn- och ungdomshälsovården. Utredningen ser därför genomförandet av dessa förslag som en viktig förutsättning för att tillsynen på detta område ska kunna bli mer effektiv.

5.3.5 Det behöver följas upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningsprocessen

Förslag: Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS) bör kompletteras med ett uppdrag att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen.

Skälen för utredningen förslag: Just nu pågår den största omställningen i hälso- och sjukvården på många år. Omställningen innebär en förflyttning från en sjukhustung vård till en nära och tillgänglig vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienter och närstående ska kunna vara delaktiga i vård och behandling utifrån deras förutsättningar och behov.³⁷

³⁷ Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

Riksdagen har också antagit ett förslag till nytt grunduppdrag för primärvården som trädde i kraft den 1 juli 2021.³⁸ Grunduppdraget innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat ska svara för vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser och samordna patienters vårdinsatser i de fall det är mest ändamålsenligt.³⁹ Samtidigt som detta grunduppdrag trädde i kraft förändrades även definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen (se 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen).

I delbetänkandet gör utredningen bedömningen att det är viktigt att denna omställning förstärks och utvecklas med utgångspunkt från ett barnrättsperspektiv. Det är en förutsättning för att barns och ungas behov ska beaktas i utformningen av hälso- och sjukvården.⁴⁰ Utredningen bedömer att genomförandet av det nationella hälsovårdprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår i sitt delbetänkande är en central del av det omställningsarbete som behöver ske i vården för att barn och unga ska få en nära, tillgänglig vård och samordnad vård som stärker hälsa.

För att säkerställa att barnrättsperspektivet beaktas i omställningsprocessen behövs också en uppföljning av detta. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS). I uppdraget ingår att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa upp omställningen till en god och nära vård. Dessutom ingår att följa och stödja regioners och kommuners omställningsarbete. Socialstyrelsen har i rapporterna Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer från 2020 och Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer från 2021 redovisat resultat från det pågående omställningsarbetet i kommuner och regioner och förslag på indikatorer som kan ligga till grund för uppföljningen av omställningen i hälso- och sjukvården.

Utredningen bedömer att det i detta uppdrag är viktigt att särskilt följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en

³⁸ Prop. 2019/20:164, s. 32 ff.

³⁹ Prop. 2019/20:164, s. 73 ff.

⁴⁰ SOU 2021:34, s. 307 ff.

god och nära vård. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsens uppdrag kompletteras med en sådan inriktning. I uppdraget bör ingå att föreslå indikatorer och att redovisa resultat på aggregerad nivå om hur omställningsprocessen påverkar hälso- och sjukvården för barn och unga. Utredningen bedömer också att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdraget att föreslå indikatorer för uppföljningen av hälsovårdsprogrammet.

5.4 Kartlägga förekomsten av och behov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att leda ett arbete med att kartlägga förekomsten av och behov hos barn- och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov.

Socialstyrelsen behöver först undersöka vilka regioner som kan och vill delta och andra förutsättningar för kartläggningen.

Skälen till utredningens förslag: Det behövs samlad nationell kunskap och skarpa analyser av sjukdomsuttryck, sjukdomsförekomst och vård- och omsorgsbehov som barn och unga med kroniska sjukdomar eller annan långvarig ohälsa uppvisar. Sådan kunskap saknas i dag. Det är mer utrett och kartlagt när det gäller den äldre populationen med kroniska sjukdomar och sammansatta behov.⁴¹ Barn och unga med lika stora behov riskerar därför att missas i planering, organisering, prioritering och uppföljning av hälso- och sjukvården. En orsak till detta kan vara svårigheten att mäta barns och ungas kroniska sjukdomar och vårdbehov eftersom de skiljer sig på flera sätt i förhållande till vuxnas sjukdomsbild.

Barns och ungas ohälsa kan i många fall få konsekvenser i ett livsperspektiv, och deras behov av insatser av olika slag kan vara lika stora som hos äldre personer. Det finns särskilt stor anledning att fokusera på barns och ungas hälsa om vården ska förflyttas uppströms mot tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ett tydligt exempel på det är fetma, en vanligt förekommande kronisk sjukdom

⁴¹ Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *VIP i vården – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2 (2014) och Socialstyrelsen, *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre* (2013).

hos barn och unga, där tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser är avgörande. Övervikt och fetma i barn- och ungdomsåren kvarstår ofta i vuxen ålder. Fetma medför ett lidande hos individen och ökar risken för en rad andra sjukdomar och kroniska tillstånd i vuxen ålder, till exempel hjärt- och kärlsjukdom, åldersdiabetes samt cancer.

Hälso- och sjukvården är i hög grad fragmentiserad och subspecialiserad, vilket utredningen beskriver i delbetänkandet. Det drabbar särskilt barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov. Olika systembrister leder till helt eller delvis otillfredsställda vård- och omsorgsbehov hos många barn och unga och barns vårdnadshavare. Familjens hela behov av vård och omsorg efterfrågas och möts sällan, trots avancerade och utvecklade behandlingsmöjligheter. Hälso- och sjukvården kommer alltid att behöva anpassas efter befolkningens behov av vård. I takt med en bättre välfärd och den medicintekniska utvecklingen, ändras både vårderbjudandet och behoven i allt större utsträckning. Det kan till exempel gälla stöd i skolan, vardagsanpassningar, föräldrastöd, psykosociala insatser eller koordinering av olika vårdinsatser.

Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola och skola behöver samordna sig i större utsträckning kring barn och unga med långvariga och stora behov, vilket utredningen beskriver i delbetänkandet som steg sex för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.⁴² Primärvården tilldelas också i framtiden ett allt större ansvar för samordning och ska utgöra det framtida navet i vården kring fler patienter med kroniska sjukdomar.

Det är nödvändigt att vården och omsorgen samarbetar och breddar sina bedömningar, insatser och uppföljning till barn och unga med samsjuklighet, komplexitet och breda behov under lång tid. För att möjliggöra en sådan samordning behöver det finnas fakta om samsjuklighet, trender, sjukdomsuttryck och behov hos barn och unga med långvariga och stora behov.

⁴² SOU 2021:34, s. 359–362.

Ökad kunskap om barn och unga med långvariga och stora vård och omsorgsbehov ger bättre förutsättningar för en ändamålsenlig och likvärdig vård

Syftet med uppdraget är att synliggöra gruppen barn och unga med långvariga och stora behov och deras gemensamma nämnare, så att vården kan samordna sina insatser mer ändamålsenligt och effektivt. Kartläggningen kan bli ett underlag för huvudmännens planering, organisering och styrning av hälso- och sjukvården. Det kan bli ett viktigt kunskapsstöd i kompetensförsörjningsfrågor, inte minst den kompetensutveckling som behöver ske kring barn och unga i omställningen till en god och nära vård. Syftet är också att så långt det är möjligt få en bild av nuläge och trender på nationellt aggregerad nivå. Utredningen bedömer att resultatet av kartläggningen kan bli ett användbart kunskapsunderlag för att senare ta fram vårdprogram och processer som stödjer dessa barns och ungas behov av insatser.

Uppföljningsprogram i hälso- och sjukvården fokuserar oftast på diagnos, men det finns nu en trend att uppföljning omfattar mer än enbart medicinska behov. Det kan gälla nationella uppföljningsprogram efter intensivvård i nyföddhetsperioden, efter genomgången cancerbehandling eller efter operation av hjärtfel. I dessa program lyfts även andra insatser fram såsom samverkan med andra subspecialister och team, stöd och anpassningar i skola, kontakt med myndigheter, stöd till anhöriga, föräldraskapsstöd, vardagsanpassningar eller psykosocialt stöd och andra hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen bedömer att detta är en positiv utveckling.

Utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att erbjuda barn och unga med långvariga och stora behov skärpt hälsouppföljning. Den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet innefattar också hälsouppföljning i kontexten att upptäcka ohälsa och sjukdom samt ge fördjupade vård och stödinsatser till dessa barn och unga. I detta arbete behöver hälso- och sjukvård och omsorg samspela tätt och ändamålsenligt för en resurseffektiv god och nära vård för barn och unga.

Det saknas en vedertagen definition av gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Gruppen barn och unga med långvariga och stora vård och omsorgsbehov kommer att variera utifrån definitioner, och det saknas i dag en vedertagen definition, såväl nationellt som internationellt. Enligt de regionala, nationella och delvis internationella data som utredningen redogör för i delbetänkandet, utgör barn och unga med kroniska sjukdomar ungefär en femtedel av barnpopulationen. Regionala data visar att barns och ungas sökstatistik i vården innefattar 20 skilda diagnosområden (ICD-10) när det gäller kroniska sjukdomar, och att dessa ofta hanteras i den specialiserade vården.⁴³

Exempel på barn och unga med långvariga och stora behov är barn med funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller barn i familjer med behov av sociala insatser, till exempel med missbruk eller placerade barn. Andra grupper är barn och unga med odiagnostiserade tillstånd eller sökorsaker som efterfrågar vård- och omsorgsinsatser under längre tid och i större omfattning. Exempel på sådana tillstånd kan vara kronisk smärta, ångest eller psykosomatiska symtom som föranleder många besök under lång tid i vården.

De barn och unga som ibland kallas nya överlevare, såsom barn som behandlats för cancer eller barn som fötts extremt mycket för tidigt, har också behov av hälso- och sjukvård och andra stödinsatser under lång tid.

Det finns också anledning att kartlägga individer med långvariga och stora behov i ett bredare perspektiv än det rent medicinska. Barn och unga och deras vårdnadshavare rapporterar återkommande om stuprör i vård och omsorg, och behovet av helhetssyn på barnets problematik och insatser. En behovsanalys och ett definitionsarbete som är bredare än enbart diagnoser och som även spänner över vård, skola och omsorg, skulle skapa förutsättningar för en gemensam terminologi och gemensamt språk, vilket kan underlätta samverkan och samordning och bidra till ökad resurseffektivitet. Särskilt barn och unga som är socialt utsatta eller får olika stödinsatser från socialtjänsten bör i mesta möjliga mån inkluderas i kartläggningen. Detta kan kräva samkörning av register och registerstudier.

⁴³ Västra Götalandsregionen, *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*. Dnr HS 2018-00358 (2018).

En gemensam och kvalitetssäkrad metod ger ett så jämförbart och nationellt täckande resultat som möjligt

Uppdraget ska ses som ett komplement till befintliga kartläggningar och analyser som görs inom området psykisk hälsa och andra epidemiologiska studier som myndigheten sammanställer. Vissa uppgifter om barns och ungas ohälsa och sjukdom finns i hälsodataregister. Kompletterande, och för uppdraget nödvändiga, uppgifter om ohälsa, sjukdom, åtgärder och besök i hälso- och sjukvården finns i vissa regionala databaser. Särskilt relevanta för uppdraget blir de regioner som har en stor barnpopulation och samtidig tillgång till primärvårdsdata. Exempel på sådana regioner är Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen har 2018 genomfört en sådan studie i egen regi som kan utgöra vägledande underlag för arbetet.

5.5 Möjligheter att dela information inom och mellan vårdgivare finns redan i dag

Bedömning: Informationsdelning inom och mellan vårdgivare behöver ske i högre grad. Enligt gällande rätt finns det redan i dag möjligheter att dela information som behövs för vården av patienter, i detta fall barn och unga. Samtidigt har utredningen uppmärksammat vissa behov av åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning.

Skälen för utredningens bedömning

Sammanhållen journalföring

Av redogörelsen i kapitel 3, Gällande rätt, framgår att det inom ramen för gällande rätt finns möjligheter när det gäller att dela information som behövs för vården av patienter, såväl mellan olika vårdgivare som mellan personal inom en och samma vårdgivare. En möjlighet, när det gäller att dela uppgifter mellan olika vårdgivare, är att tillämpa bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Som utredningen beskriver i kapitel 3, Gällande rätt, ger de bestämmelserna vårdgivare möjlighet att få direktåtkomst till personuppgifter om patienter som behandlas

av andra vårdgivare under vissa förutsättningar. Bestämmelserna kan tillämpas av vårdgivare som bedriver verksamhet som omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård i 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355), inklusive vårdgivare inom barnhälsovården och elevhälsan.

Utredningen bedömer att sammanhållen journalföring behöver användas vid vård av barn och unga. Det ger förutsättningar för berörd hälso- och sjukvårdspersonal att följa barnets eller den unges vårdförlopp över tid och få en samlad bild av hälsosituationen. En kontinuerlig hälsouppföljning ger möjlighet att sätta in samordnade insatser till barn och unga med debuterande ogynnsam hälsoutveckling i ett tidigt skede. Sammanhållen journalföring är också viktigt eftersom det skapar goda förutsättningar för att fatta beslut om rätt vård och behandling, genom att berörd hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till relevant journalinformation. Det kan till exempel gälla information om röntgenundersökningar eller svar på blodprov, bedömningar som gjorts på akuten, eller information om allvarigare tillstånd som överkänslighet för läkemedel eller underliggande kroniska sjukdomar som har bäring på vården.

I de allra flesta fall anser vårdnadshavare att det är självklart att information delas mellan vårdgivare och att det snarast är förvånande att man i dagens digitaliserade samhälle inte från vårdens sida har mer samlad information om patienternas vård. Att behöva förmedla barnets sjukdomshistoria vid varje besök i vården är både tröttsamt för vårdnadshavare och riskerar att skada förtroendet för hälso- och sjukvården. Det kan också medföra patientsäkerhetsrisker när vårdnadshavare eller barnet ansvarar för att föra informationen vidare till nästa vårdgivare. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga uppgifter, såsom uppgifter om aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.⁴⁴ Barns och ungas möjlighet till delaktighet i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling.

Alla vårdgivare tillämpar dock inte bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Det har framkommit i utredningens dialoger. Det är utredningens bild att det finns flera anledningar till det. En anledning är att vårdgivares olika vårdinformationssystem inte är kom-

⁴⁴ Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).

patibla med varandra. Det kan i sin tur bero på de i bakgrunden beskrivna tekniska, semantiska och organisatoriska faktorerna. I delbetänkandet föreslår utredningen att sammanhållen journalföring mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter bör främjas inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR. Det är särskilt viktigt att få till stånd en sammanhållen journalföring mellan den regionala primärvården och elevhälsans medicinska insatser.⁴⁵

Ytterligare möjligheter till delning av information inom och mellan vårdgivare

När det gäller delning av information mellan olika vårdgivare, finns även vissa möjligheter utöver de möjligheter som ges inom ramen för sammanhållen journalföring. Uppgifter kan alltså under vissa förutsättningar lämnas ut från en vårdgivare till en annan på andra sätt än genom direktåtkomst. Som framgår av kapitel 3, Gällande rätt, är exempelvis utlämnande av hälsouppgifter om enskilda från en vårdgivare som utgångspunkt möjligt med stöd av den enskildes samtycke. I kapitel 3 redogörs för ytterligare möjligheter att lämna ut uppgifter inom ramen för gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

När det gäller informationsdelning mellan personal hos en och samma vårdgivare, konstaterar utredningen att det finns förutsättningar för personal att få del av relevanta uppgifter om patienter som han eller hon deltar i vården av eller av annat skäl behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Sammantagen bedömning

Utredningen bedömer sammantaget att det redan i dag finns möjligheter att dela information som behövs för vården av barn och unga, såväl mellan olika vårdgivare som mellan personal inom samma vårdgivare. Samtidigt har utredningen uppmärksammat vissa behov av åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning mellan olika aktörer när det gäller information som behövs för vården av barn och unga. Sådana behov ligger också till grund för det regeringsuppdrag som E-hälsomyndigheten fått om att analysera och föreslå

⁴⁵ SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.

hur de juridiska möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i vården och omsorgen, i hela landet och av alla vårdgivare. Regeringsuppdraget beskrivs närmare i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

Inom ramen för utredningens arbete har det inte varit möjligt att göra en fullständig kartläggning av vilka hinder och möjligheter som finns för en stärkt informationsdelning inom och mellan olika verksamheter och i förhållande till den enskilde. Utredningen har dock gjort vissa iakttagelser och bedömningar av relevans för frågor om informationsdelning inom och mellan vårdgivare, mellan hälso- och sjukvården och omsorgen samt i förhållande till den enskilde själv. Dessa presenteras nedan i avsnitt 5.6 till och med 5.9.

5.6 Förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras och en utvidgning bör övervägas

Bedömning: Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras.

Bedömning: Regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att undersöka om det är möjligt och lämpligt att utvidga de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta ytterligare grupper av barn och unga inom socialtjänsten.

Skälen för utredningens bedömningar: Utredningen uppmärksammar i sitt delbetänkande behovet av en stärkt samverkan mellan olika aktörer som har kontakt med barn och unga inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården, men också inom socialtjänsten och skolan. Samverkan behöver stärkas på flera nivåer och olika insatser för barn och unga behöver till stora delar samordnas på ett mer ändamålsenligt sätt än i dag, för att säkerställa en hög kvalitet i barns och ungas vård och omsorg.⁴⁶ Sådan samverkan och samordning kräver många gånger att berörda aktörer har tillgång till relevant informa-

⁴⁶ SOU 2021:34, s. 242 ff.

tion om det aktuella barnet eller den unga personen. Inom hälso- och sjukvården kan, som nämnts ovan, sammanhållen journalföring vara ett sätt att säkerställa tillgången till sådan relevant information. Motsvarande möjligheter finns dock inte mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter (och inte heller mellan olika delar av socialtjänsten). Det ser utredningen som ett problem, samtidigt som det kan konstateras att det nu finns förslag som syftar till att komma till rätta med delar av problemet.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) lämnade i sitt delbetänkande Informationsöverföring i vård och omsorg (SOU 2021:4) bland annat förslag som innebär att det ska bli möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Utredningen föreslog att de förutsättningar som ska gälla för vård- och omsorgsgivares tillgång till personuppgifter genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, i princip ska motsvara de som gäller för vårdgivares tillgång till personuppgifter genom sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen. Se kapitel 3, Gällande rätt, för en beskrivning av bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Det föreslogs att förutsättningarna ska regleras i ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. När det gäller förutsättningarna för omsorgsgivare att behandla uppgifter som en annan vård- eller omsorgsgivare gjort tillgängliga får det, enligt förslaget, endast ske om uppgifterna rör en enskild som får omsorgsgivarens insatser eller är föremål för en utredning om att få sådana insatser, uppgifterna kan antas ha betydelse för omsorgsgivarens insatser för den enskilde eller utredning om insatser och den enskilde samtycker till det. För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som andra vård- och omsorgsgivare gjort tillgängliga föreslås samma förutsättningar gälla som i dag gäller för sammanhållen journalföring. Det får alltså bara ske om uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med. Uppgifterna ska också kunna antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det krävs också

att patienten samtycker till det. Den föreslagna lagen innehåller också ett antal ytterligare förutsättningar och integritetshöjande bestämmelser, bland annat när det gäller information till den enskilde som en av flera förutsättningar för att tillgängliggöra uppgifter i systemet.⁴⁷

Det är denna utrednings bedömning att de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation sannolikt kan främja sådant samarbete mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som utredningen, i sitt delbetänkande, bedömt vara viktigt. Förslaget om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är dock, när det gäller sådan dokumentation inom socialtjänsten som omfattas, avgränsat till dokumentation om insatser som rör äldre personer och personer med funktionsnedsättningar. Socialtjänstens dokumentation om insatser för barn och unga omfattas alltså endast av förslaget i fråga om barn och unga med funktionsnedsättningar. Utredningen bedömer att delning av information mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården är viktig när det gäller den målgruppen och att målgruppen sannolikt kommer gynnas av förslaget.

Samtidigt är denna utrednings bild att det kan vara relevant att överväga att inkludera dokumentation från socialtjänsten om insatser för andra grupper av barn och unga i ett regelverk om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Förslagets lagtekniska utformning bör innebära att de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan utgöra en grundstruktur för en sådan utvidgning. Utredningen bedömer att en sådan utvidgning egentligen skulle kunna vara relevant för dokumentation av insatser för de flesta barn och unga som har mer långvariga och samtidiga insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det kan till exempel handla om barn som är placerade utanför det egna hemmet. Placerade barn har ofta sämre fysisk och psykisk hälsa och bristande tillgång till hälso- och sjukvård som till delar beror på bristande kommunikation och informationsdelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.⁴⁸ Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har också beskrivit att det kan finnas behov av utbyte av information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i fråga om barn och ungdomar som kan ha behov av råd och stöd från socialtjänst och samtalsbehandling från barn- och ungdomspsykiatrien samtidigt.

⁴⁷ SOU 2021:34, s. 43 ff.

⁴⁸ Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* (dnr S 2020/07505).

Även grupperna personer med missbruksproblematik och psykisk sjukdom nämns i sammanhanget.⁴⁹ Denna utredning håller med om att detta kan vara högst relevanta grupper.

Det kan även övervägas att utvidga den föreslagna regleringen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta eventuell relevant dokumentation rörande insatser inom sådan övrig socialtjänst som vanligtvis samlokaliseras med eller på annat sätt har ett nära samarbete med hälso- och sjukvård, såsom insatser som socialtjänsten ger inom ramen för verksamhet vid ungdomsmottagningar och familjecentraler.

Informationen om hälso- och sjukvårdens insatser kan ha betydelse för avvägningar och bedömningar av olika slag inom socialtjänsten och tvärtom. Det förekommer att barn och unga har haft pågående insatser hos både socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri i flera år utan att insatserna har samplanerats eller att verksamheterna känner till varandras arbete och bedömningar.⁵⁰ Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation skulle sannolikt underlätta sådan samplanering av insatser.

Utredningen lämnar dock inga författningsförslag i denna fråga. Utredningen förordar i stället att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att undersöka om det är möjligt och lämpligt med en utvidgning av den föreslagna regleringen. En sådan utredning bör genomföra sitt arbete efter att den föreslagna regleringen, om den genomförs, följts upp och utvärderats. Detta eftersom en utredning av om det är möjligt och lämpligt att utvidga den föreslagna regleringen behöver bygga på avvägningar om bland annat nyttan och behovet av utvidgningen. Det är en stor fördel om en utvärdering av den nu föreslagna regleringen kan ligga till grund för sådana nödvändiga avvägningar. Inom ramen för frågan om det är möjligt och lämpligt med en utvidgning av den föreslagna regleringen blir det också relevant att på ett tydligt sätt definiera och avgränsa de ytterligare grupper vars dokumentation inom socialtjänsten ska ingå i regleringen. I det sammanhanget kan en utvärdering av den definition och avgränsning av grupper inom socialtjänsten som omfattas av det nu lämnade förslaget ge viktig vägledning.

⁴⁹ SOU 2021:39 *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*, s. 333.

⁵⁰ Inspektionen för vård och omsorg, *De tar inte hand om hela mig* (2021).

5.7 Utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare bör utredas

Förslag: Regeringen ska tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Utredningen ska få i uppdrag att lämna nödvändiga författningsförslag för att åstadkomma en mer ändamålsenlig ordning.

Skälen för utredningens förslag: Som beskrivs i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, är det inte alltid enkelt att avgöra om uppgifter om barn i hälso- och sjukvården ska lämnas ut till barnet själv eller till dennes vårdnadshavare, exempelvis inför muntligt, skriftligt eller digitalt utlämnande av uppgifter som finns i journaler, vårdplaner, patientkontakt och annan typ av vårddokumentation. Det kan vara särskilt svårt när det gäller äldre barn. Svårigheter uppstår också särskilt när det gäller åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad.

Det finns inga självklara svar på vad som är en ändamålsenlig ordning när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Den frågan skulle behöva utredas noggrant ur flera perspektiv. Därför föreslår utredningen att regeringen tillsätter en utredning för att utreda om den ordning som gäller i dag i fråga om utlämnande av uppgifter till barn respektive vårdnadshavare är ändamålsenlig. Om så inte är fallet bör utredningen lämna förslag på hur en mer ändamålsenlig ordning skulle kunna åstadkommas. Olika alternativ skulle kunna övervägas, exempelvis om det är möjligt och lämpligt med en reglering som innebär att barn efter en viss preciserad ålder får ges tillgång till uppgifter, eller vissa typer av uppgifter, om sig själva och förfoga över sekretessen till skydd för barnet. Ett annat alternativ läggs fram av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) i ett utredningsuppdrag. Det handlar om att införa en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att vårdnadshavare utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess får ta del av barnets uppgifter till dess barnet fyller 18 år. Det skulle förenas med en rätt för barnet att motsätta sig att vårdnads-

havare tar del av dess uppgifter, samt en skyldighet för vårdgivare att informera barnet om rätten att motsätta sig detta (så kallat opt-out).⁵¹

Det är den här utredningens uppfattning att de flesta barn missgynnas av att deras vårdnadshavare inte har tillgång till relevant information om sina barn från hälso- och sjukvården och därmed inte kan hantera barnets vårdkontakter. Samtidigt kan det konstateras att dagens ordning innebär ett skydd för vissa barn som är särskilt utsatta, exempelvis för barn som riskerar våld eller förtryck om vissa uppgifter kommer till vårdnadshavarnas kännedom. En utredning om hur en förändrad reglering skulle kunna utformas behöver beakta att vissa grupper av barn och unga alltså är i behov av ett starkt skydd för de uppgifter som behandlas om dem i hälso- och sjukvården.

5.8 Förslag om ombuds tillgång till uppgifter bör genomföras

Bedömning: Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, får ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter bör genomföras.

Skäl till utredningens bedömning: En vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen, det vill säga för vårddokumentation (5 kap. 5 § patientdatalagen). Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen, det vill säga uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten (logglistor). Bestämmelsen är inte tvingande och innebär ingen rättighet för den enskilde, utan ger en möjlighet för vårdgivare att ge patienter direktåtkomst till uppgifter om sig själva. Enligt Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67 får en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen dock inte ge ett ombud för en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde.

⁵¹ SOU 2021:39, s. 341 ff.

När barn har uppnått en viss ålder och mognad förväntas barnet i högre grad sköta sina egna vårdkontakter. Men även när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över uppgifterna kan barnet vilja ta hjälp av vårdnadshavare eller någon annan närstående i sina vårdärenden och därför ge någon annan tillgång till patientuppgifter. Det kan till exempel gälla barn med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov eller barn med vissa typer av insatser från socialtjänsten, såsom familjehemsplacerade barn. Att kunna ge nära viktiga vuxna, inklusive vuxna som inte är barnets vårdnadshavare, tillgång till uppgifter från hälso- och sjukvården kan vara angeläget ur ett barnrättsperspektiv. Sådana önskemål kan även finnas hos unga personer som inte längre är barn, det vill säga personer över 18 år. Det skulle i sådana situationer många gånger vara av stor nytta om det var möjligt för en vårdgivare att ge någon annan än den enskilde själv, till exempel en vårdnadshavare eller annan närstående, elektronisk åtkomst till patientuppgifter.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har i sitt slutbetänkande lämnat förslag som syftar till att möjliggöra att ge ombud elektronisk tillgång till uppgifter om den enskilde. Den utredningen föreslår bland annat en bestämmelse i patientdatalagen som gör det möjligt för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården (ett ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter som behandlas för vårddokumentation och till så kallade logglistor. Bestämmelsen ska enligt förslaget vara frivilligt för vårdgivare att använda. Ett antal villkor ska gälla enligt förslaget. Den elektroniska tillgången, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får enligt förslaget ges till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen och tillgången får som mest omfatta de patientuppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till. Den elektroniska tillgången ska, enligt förslaget, på patientens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vård-enhet. Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, ska denne vara skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången varpå vårdgivaren har att utreda om det finns skäl att avsluta den elektroniska tillgången.

Detsamma föreslås gälla om misstanken avser att patienten inte känner den som fått elektronisk tillgång personligen.⁵²

En bestämmelse som motsvarar den ovan beskrivna föreslås också gälla i fråga om omsorgsgivares möjlighet att ge elektronisk tillgång till sådan sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som den utredningen föreslog i sitt delbetänkande.⁵³

Mot bakgrund av vad som gäller i fråga om vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken och i fråga om sekretess gentemot vårdnadshavare enligt 12 kap. offentlighets- och sekretesslagen, gör Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) bedömningen att ett barn som är tillräckligt moget för att förstå vad saken gäller, och som har rätt att själv disponera sina patientuppgifter, kan lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som barnet uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter genom det ovan beskrivna förslaget.⁵⁴

5.9 Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet

Bedömning: Den utveckling som nu pågår nationellt och internationellt som gäller behandling av hälsodata, kan vara gynnsam för barn och unga. Det förutsätter dock att barns och ungas perspektiv och det hälsofrämjande perspektivet beaktas i detta arbete.

Utredningens förslag om hälsodataregister och kvalitetsregister stärker och går i linje med denna utveckling. De är nödvändiga steg på väg mot en mer ändamålsenlig nationell infrastruktur för behandling av hälsodata.

Skälen för utredningens bedömning: Som beskrivits i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys pågår nationellt och internationellt, inte minst i våra nordiska grannländer och EU, ett omfattande utvecklingsarbete för att skapa bättre förutsättningar för att behandla hälsodata. Utredningen bedömer att utvecklingen är positiv för barn och unga om barns och ungas hälsa, det hälsofrämjande perspektivet samt

⁵² SOU 2021:39, s. 177 ff.

⁵³ SOU 2021:39, s. 143 ff.

⁵⁴ SOU 2021:39, s. 133 ff.

värden som leder till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga beaktas i detta arbete. I flera länder har tillgången till primärvårdsdata varit en bas och ett nödvändigt första steg i denna utveckling. Förutsättningarna för att följa upp kvaliteten och likvärdigheten i den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården behöver också säkras. Det gäller särskilt den hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, som i dag inte följs upp på nationell nivå. Det finns många intressenter och andra, ibland konkurrerande, värden som riskerar att leda till att barns och ungas perspektiv kommer i skymundan.

Utredningen bedömer vidare att det finns en ömsesidig nytta och synergieffekter mellan pågående omvärldsförändringar på hälsodataområdet och de förslag och bedömningar som lämnas i detta betänkande liksom i utredningens delbetänkande. I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform som ska bidra till tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och ett nationellt hälsovårdsprogram säkrar en kontinuerlig hälsouppföljning på individuell nivå genom hela uppväxten och tidiga och ändamålsenliga insatser i samverkan mellan olika vårdgivare. I detta betänkande lämnas förslag om en stärkt uppföljning av barns och ungas hälsa på aggregerad nivå och kvalitetssäkring av det hälsovårdande arbetet i hälso- och sjukvården som kompletterar de förslag som lämnas i delbetänkandet. Utredningen pekar också på vikten av god informationsdelning inom och mellan verksamheterna för att uppnå bättre samverkan, samordning och en sammanhållen vård och omsorg. Allt detta kan utläsas som tydliga intentioner i den omvärldsutvecklingen som nu pågår och dess breda syn på hälsodata som en förutsättning för att främja hälsa och bidra till en resurseffektiv, personcentrerad, hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård. Den internationella utvecklingen pekar, precis som utredningen, på tillgången till mer och bredare hälsodata för att kunna analysera viktiga orsaksamband mellan riskfaktorer och sjukdom på aggregerad nivå. Enhetliga, adekvata och delbara data inom och mellan verksamheter och vårdgivare kan samtidigt skapa bättre förutsättningar för att följa individens väg genom hälso- och sjukvården och omsorgen och genom aktiv hälsouppföljning tidigt uppmärksamma de barn och unga som behöver insatser. I en personcentrerad vård där data i större ut-

sträckning delas även med den enskilde, ökar också möjligheten till delaktighet för barn och unga. Samverkan och samordning förenklas liksom sammanhållna hälso- och sjukvårdprocesser över verksamhets- och huvudmannagränser. Utredningen vill dock understryka att barns och ungas perspektiv behöver synliggöras och beaktas i denna process. Det är en förutsättning för att utvecklingen ska kunna bli gynnsam även för barn och unga.

Den medicinska nyttan och de hälsoekonomiska vinsterna med tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser, som utredningen redogjort för i båda sina betänkanden, måste även här lyftas upp bredvid den nytta som kan kopplas till sjukvård och behandling i mer traditionell mening. I delbetänkandet utvecklas resonemang kring värdet av tidiga samordnade insatser i barndomen för att förhindra en ogynnsam hälsoutveckling och kronisk sjukdom. I detta betänkande framhålls vikten av att hitta och arbeta med orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, vilket utgör värdefull information för utvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

De övergripande målen med utvecklingen på hälsodataområdet är att skapa förutsättningar för en bättre hälsa, mer personcentrerad vård och en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård. Bättre och enklare tillgång till rätt data ger ökade forskningsmöjligheter och innovationskraft. Skärpt uppföljning, analys och bättre styrning av vård och omsorg är ytterligare mål.

För att uppnå målen arbetar flera länder med ett antal strategiska områden. Till dessa strategiska områden hör arbete med mer ändamålsenliga regelverk för sekundäranvändning av hälsodata, det vill säga användning av hälsodata som till exempel patientuppgifter, för något annat än det primära ändamål som de ursprungligen samlats in för. Andra strategiska områden är uppbyggnad av nationell infrastruktur med en förvaltande myndighet, kvalitetssäkring samt service och rådgivning gentemot användarna av data. I arbetet ingår även att skapa tekniska förutsättningar för datalagring och delning, förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra (interoperabilitet), standardiserade digitala lösningar såsom journalsystem med automatiserad överföring. Arbetet förutsätter en tydlig politisk styrning och samordning på nationell och regional nivå samt avsatta resurser. Arbetet är genomgripande och inkluderar många sektorer samt berör alla medborgare i alla åldrar, inte enbart barn och unga.

Sverige tar inom flera av dessa områden steg åt samma håll som Europa och de nordiska länderna men av många myndighetsrapporter framgår att utvecklingen inte är tillräckligt koordinerad och att tidshorisonten för fungerande lösningar ligger långt fram i tiden. Hinder för en fortsatt utveckling finns inom flera av de strategiska områdena som nämnts ovan. Det handlar bland annat om avsaknad av en tydlig samordnad nationell och regional handlingsplan för behandling av hälsodata enligt intentionerna i de nationella och internationella projekten, en lagstiftning som inte alltid är ändamålsenlig för insamling av och sekundäranvändning av data, och avsaknad av en tydlig myndighetsreglering med ansvar för en effektiv nationell vård- och omsorgsdatastruktur. Den decentraliserade styrningen av hälso- och sjukvården innebär bland annat att varje region utvecklat och implementerat system som tillgodosett de regionala behoven utan att det har funnits några krav på effektiv kommunikation mellan vårdinformationssystem inom samma region och inte heller övergripande mellan regionerna eller på nationell nivå.⁵⁵ I detta återfinns hinder i form av bristande interoperabilitet, till exempel gemensamma kodverk och standardiserade begrepp, och tekniska lösningar för datalagring och säker datahantering.

Utvecklingen kan komma att förändra vilka personuppgifter som registreras, till exempel riskfaktorer för ohälsa, genupsättning, levnadsvanor, hälsofaktorer, personliga förutsättningar och behov, självrapporterade mått med mera. Det kan också påverka hur hälsodata kan behandlas så att forskning, utveckling, uppföljning, analys och utvärdering sker mer integrerat för fler användare. Snabbare ledtider, kanske till och med i realtid, och delvis automatiserad behandling av hälsodata kan utvecklas med de möjligheter som artificiell intelligens medför. Detta skapar förutsättningar för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård som kan skräddarsys och anpassas efter individen. Utvecklingen på området har alltså potential att påtagligt förändra hälso- och sjukvårdens utformning och innehåll.

Utredningen bedömer dock att de pågående omvärldsförändringarna, i nuläget inte är tillräckliga för att tillgodose de behov av hälsodata som finns när det gäller barn och unga och för att kunna följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Detta beror huvudsakligen på att det är ett komplext arbete och en förmodat lång tidshorisont innan en fungerande ända-

⁵⁵ Jenny Söderberg, *Omvärldsanalys Life science området i Sverige* (2018).

målsenlig nationell infrastruktur är på plats. Det är därför mycket angeläget att utredningens förslag kring kvalitets- och hälsodata-register genomförs.

Utredningens förslag om hälsodataregister och kvalitetsregister kommer troligen också att vara viktiga och värdefulla beståndsdelar i den fortsatta utvecklingen inom hälsodataområdet. Förutom att det skapar bättre förutsättningar för uppföljning av både hälsan hos barn och unga och de hälsovårdande verksamheternas kvalitet, bedömer utredningen att det är både nödvändigt och viktigt för att kunna fasa in Sverige i en framtida modern internationell och nationell vård- och omsorgsdatainformationsstruktur. Slutligen bedömer utredningen att Sverige framöver behöver en nationellt sammanhållen och koordinerad handlingsplan, ett systematiskt arbete med ändamålsenlig lagstiftning, standardiserade tekniska lösningar och interoperabilitet. I detta behövs ett tydligt fokus på barn och unga och det hälsofrämjande perspektivet. Det är en förutsättning för att hälsodata ska kunna utvecklas och användas för att främja hälsa och förebygga sjukdom hos barn och unga och utvecklingen av en mer jämlik hälsa i befolkningen. Nedan presenterar utredningen ytterligare två steg som bör tas redan nu i syfte att bland annat förbättra interoperabiliteten mellan vårdinformationssystemen samt att standardisera och strukturera de uppgifter som registreras i vård och omsorg.

5.9.1 Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur

Bedömning: Staten behöver ta ett större ansvar för utformning och reglering av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och omsorgen. Flera olika förslag från andra utredningar pekar i denna riktning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen anser att det finns behov av att utveckla en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och omsorgen som kan bidra till mer kompatibla vårdinformationssystem som med större lätthet kan kommunicera med varandra för utbyte av relevant information. I detta bör även ingå att främja användningen av gemensamma, termer, begrepp och koder för dokumentationen. Utredningen har i kapitel 4 Bakgrund, problembild och analys redogjort för de faktorer som påverkar utveck-

lingen av ändamålsenliga vårdinformationssystem i hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis handlar det om juridiska, tekniska, semantiska, organisatoriska och kulturella frågor. Utredningen bedömer att befintliga hinder behöver undanröjas så att informationsdelningen inom och mellan vård- och omsorgsgivare kan underlättas. Det är en förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga där hälso- och sjukvården tar det huvudsakliga ansvaret för att samordna barnets eller den unges vårdinsatser. En nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården och omsorgen bör skapa förutsättningar för en ökad användning av sammanhållen journalföring men också för andra sätt att utbyta information. Det kan också skapa förutsättningar för utvecklingen av digitala vårdtjänster av olika slag som är anpassade efter barns och ungas förutsättningar, behov och preferenser, och som underlättar och stödjer hälso- och sjukvårdens arbete.

Frågor om en mer sammanhållen digital infrastruktur och en högre grad av interoperabilitet mellan olika system har berörts av flera utredningar. E-hälsokommittén (S 2013:17) lämnade i sitt betänkande Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32) ett antal förslag som syftade till att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Utredningen föreslog bland annat att det skulle inrättas en samverkansorganisation för det fortsatta utvecklingsarbetet inom e-hälsoområdet. Utredningen föreslog även att en ny nämnd skulle inrättas, Samverkansnämnden, med E-hälsomyndigheten som värmyndighet. Samverkansnämnden skulle enligt förslaget, med stöd av en ny förordning, besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Vårdgivare, tillståndshavare för öppenvårdsapotek och de som bedriver socialtjänst skulle enligt utredningens förslag bli skyldiga att följa nämndens beslut. Utredningen föreslog vidare förändringar i patientdatalagen för att förtydliga att huvudmännen för hälso- och sjukvård har ett ansvar att se till att vårdgivare, som är verksamma med huvudmannens finansiering, använder informationssystem som är ändamålsenliga och säkra vid utbyte av personuppgifter.⁵⁶

Även andra utredningar har på olika sätt adresserat frågor på området. Till exempel Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) som föreslog att en utredning bör tillsättas med uppdrag

⁵⁶ SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet*, s. 189 ff., 198 ff. och 220 ff.

att utreda om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den utredningen menade att frågan om att utbyta patientinformation mellan huvudmän och verksamheter i samband med utomlänsvård inte har behandlats tillräckligt, även om informations- och it-frågor utretts tidigare. I sammanhanget angavs också att det kunde ifrågasättas om det är rimligt och kostnadseffektivt med 21 olika sätt att organisera it-infrastruktur i regionerna.⁵⁷

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), med kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen, beskriver i sitt delbetänkande att det behövs en nationell digital infrastruktur där olika system som används i olika delar av landet och i olika delar av hälso- och sjukvården är kompatibla med varandra och kan kommunicera med varandra. Tillgänglighetsdelegationen föreslår i linje med detta att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.⁵⁸

Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03) lämnar i sitt betänkande Rikssintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71) bland annat ett förslag om en lag om rikssintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Nämda utredning anger specifikt att rikssintressen kopplade till området digital infrastruktur bör införas. Ett rikssintresse på detta område bör till exempel vara tillämpning av gemensamma standarder som säkerställer digital kommunikation och interoperabilitet inom hela hälso- och sjukvårdssystemet och möjliggör effektivt tillgängliggörande av realtidsdata.⁵⁹

Föreliggande utredning har genomgående betonat det stora behovet av samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvårdens olika delar, socialtjänst och elevhälsan avseende vården av barn och unga. En av grundstenarna i samverkan är möjligheten till informationsdelning inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Ju fler aktörer, desto större komplexitet och behov av informationsdelning. Som tidigare framhållits av utredningen består hälso- och sjukvården för

⁵⁷ SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 518–519.

⁵⁸ SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 323.

⁵⁹ SOU 2021:71 *Rikssintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 250 och 257.

barn och unga av många aktörer, ofta fler aktörer i jämförelse med hälso- och sjukvården för vuxna. Komplexiteten i vården för barn och unga är därför ett mycket starkt skäl för att snarast påbörja arbetet med att få till stånd en nationell informationsstruktur som gör det möjligt att dela information över organisatoriska gränser. Det bidrar till att hälso- och sjukvården kan nå målet om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga som är hälsoinriktad, högkvalitativ och jämlik.

5.9.2 Tydligare styrning mot nationell informationsstruktur och gemensam terminologi

Bedömning: Utvecklingen och användningen av nationellt fastställda termer och begrepp för dokumentation i hälso- och sjukvården behöver öka väsentligt. Berörda hälso- och sjukvårdsaktörer behöver se till att så sker.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att regionerna i högre grad än i dag behöver se till att de gemensamma termer och begrepp som tas fram på nationell nivå används i vård och omsorg. Det är en grundläggande förutsättning för att skapa interoperabilitet mellan olika vårdinformationssystem. Det ger också ökad kvalitet och effektivitet i framtida behandling av hälsodata för sekundära ändamål som beskrivits ovan.

Nationellt standardiserad semantik bidrar till en mer sammanhållen vård och underlättar kommunikationen mellan vårdgivare och leder till en mer effektiv och patientsäker hälso- och sjukvård. Det är vidare en förutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader. Det bidrar till att data i journaler blir mer strukturerade, nationellt harmoniserade och sökbara. Det underlättar också automatiserade uttag av hälsodata från journal-system till register av olika slag. Regioner och kommuner sparar värdefull tid genom att direkt implementera nationella standarder när det gäller semantik, kodverk, termer och begrepp. Det utvecklingsarbete som sker på nationell nivå behöver också fortsatt anpassas efter kunskapsutvecklingen som sker lokalt och regionalt, så att förutsättningarna för att implementera nationella standarder ökar.

I detta sammanhang är det också viktigt att lyfta fram behovet av att utveckla gemensamma termer och begrepp för barns och ungas vård-behov för elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Sådana gemensamma termer och begrepp behöver ta hänsyn till och grunda sig på det gemensamma nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår i sitt delbetänkande. I det pågående nationella arbetet med gemensam informationsstruktur och terminologi, sker ett nära samarbete med verksamheterna och det finns starka kopplingar till framtagandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Därmed blir det nationella hälsovårdsprogrammet en viktig utgångspunkt för process-, begrepps- och informationsmodeller som handlar om hälso- och sjukvårdsprocesser runt barn och unga.

Som framgår av kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, har regeringen och SKR kommit överens om Vision e-hälsa 2025 och en strategi för hur visionen ska genomföras. Standardiserade termer och begrepp är ett prioriterat område inom ramen för detta arbete. Som också beskrivs i bakgrundskapitlet ansvarar Socialstyrelsen sedan många år för samordning och utveckling av en gemensam terminologi inom vård- och omsorgsarbete som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att enhetliga termer och begrepp ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Inom det nationella systemet för kunskapsstyrning som stöttas av SKR, finns också en nationell samordningsgrupp (NSG) som ska verka för att nationella termer och begrepp används inom hälso- och sjukvården.

Sammantaget är det utredningens bedömning att tillämpningen av gemensamma termer och begrepp har varit avsevärt lägre än önskat trots dessa strategiska och operativa initiativ. Det finns ett stort glapp mellan den terminologi som till exempel används i nya vårdinformationssystem regionalt och visionen om en nationell standardiserad vårdinformationsstruktur. Utredningen ser det som angeläget att berörda aktörer, bland andra regionerna och SKR, i sitt fortsatta arbete med dokumentation, i högre grad än i dag använder sig av nationellt fastställda termer och begrepp. På samma sätt som i bedömningen ovan om en tydligare nationell styrning och enhetlig digital infrastruktur, behövs även en högre grad av nationell styrning mot enhetlig och tillämpad vårdinformationsstruktur. Detta skulle avsevärt förbättra möjligheterna för ett informationsutbyte mellan vårdens olika delar

och därmed bidra till en mer jämlik och sammanhållen vård för barn och unga.

6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft 1 juli 2022.

Bedömning: Det behövs inga särskilda övergångsbestämmelser.

Skälen för förslaget och bedömningen: Utredningen bedömer det angeläget att de föreslagna lagändringarna träder i kraft så snart som möjligt för att skapa tydlighet när det gäller möjligheten att behandla personuppgifter kopplade till hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lämnat förslag som innebär att bestämmelserna om nationella och regionala kvalitetsregister i 7 kap. patientdatalagen förs över till en föreslagen ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.¹ Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg föreslår att den nya lagen ska träda i kraft den 1 juli 2022.² Med hänsyn till att det i detta betänkande föreslås lagändringar som rör bestämmelser i 7 kap. patientdatalagen framstår det som lämpligt att förslagen bereds samordnat med de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg har lämnat. Det förefaller även lämpligt att de olika utredningarnas lagförslag träder i kraft vid samma tidpunkt, det vill säga den 1 juli 2022.

Utredningen bedömer att förslagen inte innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för berörda aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

¹ SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg: delbetänkande*, s. 336 och 588.

² SOU 2021:4, s. 727.

De föreslagna lagändringarna är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

7 Konsekvensanalys

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir. 2019:93).

7.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

I delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) föreslår utredningen en hälsoreform i vilken ingår flera förslag och bedömningar som sammantaget ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga.¹

I slutbetänkandet återstår att redovisa hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Dessutom ska utredningen föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser.

Bakgrunden till utredningens uppdrag som helhet är problemen med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård utan tillräcklig

¹ SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 255 ff.

koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. För mer information om utredningens analyser och bedömningar i denna del se även delbetänkandet.²

Det finns i dag inte någon nationell uppföljning som stödjer utvecklingen av en mer sammanhållen vård och effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det saknas uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling i befintliga hälsoregister som tar sikte på god hälsa. De uppgifter som samlas in är oftast diagnosbaserade och bygger på en traditionell syn inom hälso- och sjukvården som i huvudsak fokuserar på sjukdomar och behandlingen av dessa. Det pågår vissa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning, bland annat Socialstyrelsens arbete med ett utvidgat patientregister. Om det genomförs, innebär det att åtminstone mödrahälsovården och barnhälsovården kommer att omfattas av uppgiftsskyldigheten till patientregistret. Däremot kommer inte elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att omfattas av uppgiftsskyldigheten och hälsodata om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv kommer inte att samlas in.

I dag finns inte heller någon nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och kvalitet. Det försvårar förutsättningarna för att uppnå en mer sammanhållen och likvärdig vård i landet för barn och unga. Det finns kvalitetsregister för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Anslutningsgraden till kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser är dock låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskomsten mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Utredningen bedömer att de insatser som hittills har genomförts för att stärka uppföljningen inte är tillräckliga för att tillgodose de behov som finns av att följa upp barns och ungas hälsoutveckling och för att kvalitetssäkra den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. Utredningen har därför övervägt flera olika alternativa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning. Till dessa insatser hör utvecklingen av hälsodataregister för uppföljning av barns och ungas hälsa, utveckling av kvalitetsregister för uppföljning av hälsovården och en nationell infrastruktur för att samla in och tillgängliggöra hälsodata

² SOU 2021:34, s. 193 ff.

på en mer aggregerad nivå. Utredningen bedömer dock att ingen av dessa insatser var för sig är tillräckliga för att komma till rätta med problemen. För att stödja utvecklingen av en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård för barn och unga föreslår utredningen därför flera olika insatser som sammantaget ska leda till en bättre uppföljning både av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården.

När det gäller möjligheterna att dela information inom och mellan olika vårdgivare och med den enskilde finns brister som påverkar förutsättningarna för att få till stånd en mer sammanhållen vård. I delbetänkandet redogör utredningen för brister i informationsdelning och hur de påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare.³ I detta slutbetänkande redogör utredningen för några av de utmaningar som finns med att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som kan stödja informationsdelningen. Juridiska, tekniska, semantiska, organisatoriska och kulturella faktorer påverkar förutsättningarna för informationsdelning. För mer utvecklade resonemang om problembilden, se kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

Mot bakgrund av problembild och analys lämnar utredningen följande förslag:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och lämna nödvändiga författningsförslag.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård på ungdomsmottagningar och lämna nödvändiga författningsförslag.
- Ändring i patientdatalagen (2008:355) som innebär att det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

³ SOU 2021:34, s. 233 ff.

- Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsoreformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet, och att utveckla indikatorer för att följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården.
- Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera genomförandet av hälsoreform och på längre sikt utvärdera effekterna av reformen för barn och unga.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att leda ett arbete med att kartlägga förekomsten av och behov hos barn- och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov.
- Tillsättande av en utredning med uppdrag att undersöka om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare.

För utförligare beskrivningar av dessa förslag och kompletterande konsekvensbedömningar se även kapitel 5, Förslag och bedömningar.

7.2 Konsekvenser för barn och unga

7.2.1 Konsekvenser för barn

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha Förenta nationernas konvention den 20 november 1989 om barnets rättigheter (barnkonventionen) som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. Rättigheterna i barnkonventionen ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekono-

miska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet. I och med att utredningens författningsförslag berör den personliga integriteten har hänsyn även tagits till artikel 16 om att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I kapitel 5, Förslag och bedömningar, finns mer utvecklade resonemang.

Flera av utredningens bedömningar syftar till att det ska vara möjligt att följa barns hälsa. Uppföljning av barns hälsa möjliggör bland annat att insatser kan sättas in i rätt tid, vilket ökar förutsättningarna för goda resultat. Detta är särskilt bra för barn med olika typer av ohälsa eftersom deras behov behöver identifieras för att de ska få sina behov tillgodosedda. Uppföljningen tillvaratar barnets rätt till hälsa och utveckling. När barns hälsa följs upp kan även ojämlikheter identifieras och åtgärdas. Det skapar goda förutsättningar för att säkerställa likabehandling i hälso- och sjukvården för barn och att motverka diskriminering.

Utredningens förslag om att det ska förtydligas att även uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister innebär att barn tillförsäkras insatser av hög kvalitet. Förslaget bedöms leda till att de hälsofrämjande och förebyggande insatserna kan utvärderas och jämföras i högre grad än i dag. Det medför bland annat att barn- och ungdomshälsovården kan bli mer jämlik. Förslaget gynnar alla barn men det är särskilt gynnsamt att kvalitetssäkra de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för de späda barnen eftersom tidiga insatser av god kvalitet är avgörande för barns hälsa och utveckling.

Förslaget om ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan innebära att fler personuppgifter om barns hälsa behandlas. Detta är något som medför risker för barns personliga integritet. I avsnitt 7.3, Konsekvenser för den personliga integriteten, redovisas utredningens överväganden när det gäller integritetsrisker för den enskilde individen. Utredningen gör bedömningen att behoven och vinsterna med förslaget överväger integritetsriskerna och att befintliga bestämmelser i patientdatalagen ger ett fullgott skydd för den enskildes personliga integritet.

Utredningen har lämnat flera förslag om tillsyn och uppföljning. Utredningen gör bedömningen att den tillsyn och uppföljning som föreslås är viktiga verktyg för att granska att barn och unga får vård som är säker, har god kvalitet och uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Genom att följa upp och utvärdera genomförandet av hälsoreformen tillses att barns rätt till hälsa och sjukvård samt lika rättigheter tillvaratas.

Utredningen lämnar också bedömningar som syftar till att stärka förutsättningarna att dela information mellan olika aktörer som vårdar barn och unga. Det handlar om att vårdgivare i högre grad bör tillämpa bestämmelserna om sammanhållen journalföring och att Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag rörande sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras. Stärkta förutsättningar att dela information på dessa sätt bör leda till en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg för barn, vilket ligger i linje med barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen och barnets rätt till hälsa och sjukvård. Genom att hälso- och sjukvården och omsorgen får bättre förutsättningar att dela information minskar också behovet av att barnet själv eller dennes vårdnadshavare förmedlar information mellan olika vårdenheter, vårdgivare och omsorgsgivare. Det främjar en mer likvärdig vård för alla barn, eftersom informationsöverföringen, och ytterst vårdens kvalitet, inte i lika hög grad som i dag riskerar bli beroende av barnets eller vårdnadshavares förmåga att förmedla information.

Utredningen lämnar förslag och bedömningar som syftar till att främja barns rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande i sin vård. Mot bakgrund av att utredningen har uppmärksam-

mat att det i vissa situationer kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra en bedömning av om information ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare, föreslås att det tillsätts en utredning för att utreda frågan om utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Det är viktigt att barnet i den mån det är möjligt och lämpligt får information om sin hälso- och sjukvård, men det är också viktigt att information är tillgänglig för barnets vårdnadshavare när det är ändamålsenligt, till exempel när barnet själv inte vill eller har möjlighet att hantera informationen. Utredningen har fått indikationer på att dagens ordning kan innebära vissa svårigheter och hinder, vilket bland annat kan påverka barns delaktighet och möjlighet till insyn. Utredningen gör bedömningen att det krävs en särskild utredning av om dagens lagstiftning är ändamålsenlig eftersom frågan är av stor vikt ur ett barnrättsperspektiv.

Utredningen lämnar också bedömningen att Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, ger ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter bör genomföras. Detta bör stärka barns rätt till hälsa och sjukvård, eftersom det möjliggör för barn att få hjälp och stöd i hanteringen av sina vårdärenden under vissa förutsättningar.

Utredningens förslag och bedömningar är bra för alla barn men gynnar särskilt späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar, samsjuklighet och barn och unga som av olika skäl har behov av samordnade insatser från olika aktörer. Utredningens förslag att Socialstyrelsen får i uppdrag att kartlägga behov hos gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov riktar särskilt ljus på dessa barn och unga. Uppdraget förväntas leda till ett bättre kunskapsunderlag för myndigheter och vård- och omsorgsgivare som till exempel kan användas i planering, utformning, prioriteringar och i kompetensutveckling och kompetensförsörjningsfrågor. Barn och unga med kroniska sjukdomar eller social utsatthet, har ofta sammansatta och breda behov som vård och omsorg sällan kan möta fullt ut. Ett bättre kunskapsunderlag skulle medföra att dessa barn och unga och deras familjer kan få en mer koordinerad vård och omsorg, ett bättre psykosocialt stöd och mer ändamålsenliga insatser.

Utredningens samtliga förslag och bedömningar syftar till att skapa förutsättningar för att barn ska få en så bra hälso- och sjukvård som

möjligt och på så sätt utvecklas optimalt. Förslagen och bedömningarna kan bidra till att barn tillförsäkras hälsofrämjande och förebyggande insatser som är kunskapsbaserade, ändamålsenliga och jämlika. Sammantaget bidrar utredningens förslag och bedömningar således till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

7.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år.

Skälen för utredningens bedömning: Ovan har utredningen beskrivit hur utredningens förslag och bedömningar gagnar barn. Av samma skäl får förslagen och bedömningarna positiva konsekvenser även för unga personer över 18 år.

7.3 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens förslag om ändring i patientdatalagen medför konsekvenser för den personliga integriteten. Behoven och vinsterna med förslaget till lag om ändring i patientdatalagen överväger integritetsriskerna. Befintliga bestämmelser i patientdatalagen ger ett fullgott skydd för den enskildes personliga integritet.

Skälen för utredningens bedömning: Som redovisats i kapitel 5, Förslag och bedömningar, innebär utredningens förslag ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten även av de hälsofrämjande och förebyggande åtgärderna inom hälso- och sjukvården. Detta är något som inte tydligt framgår av nuvarande reglering. Även om lagförslaget är ett förtydligande av gällande rätt kan det i praktiken innebära att fler personuppgifter om hälsa, det vill säga känsliga personuppgifter, kopplade till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder behandlas. Lagförslaget skulle även kunna innebära att antalet registrerade individer ökar eftersom det finns personer som endast kommer i kontakt med hälso- och sjukvården vid före-

byggande och hälsofrämjande insatser. Generellt kan sägas att ju större informationsmängder som finns samlade så att personuppgifter kan sökas och sammanställas på ett enkelt sätt, desto mer ökar möjligheterna till kontroll över och kartläggning av individer. Det ska vidare noteras att, i den mån det rör sig om barn, förtjänar deras personuppgifter ett särskilt skydd, eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter.⁴ Det ökade antalet registrerade och det ökade antalet personuppgifter innebär således en integritetsrisk. Eftersom utredningens författningsförslag utgör ett förtydligande av gällande rätt och inte innebär ytterligare möjligheter att behandla personuppgifter än vad dagens lagstiftning ger utrymme för är utredningens bedömning att patientdatalagens sjunde kapitel ger ett fullgott skydd för den personliga integriteten. Enligt utredningens bedömning innehåller patientdatalagen redan effektiva integritetsstärkande bestämmelser, vilka infördes just för att skydda den enskildes personliga integritet.⁵ Vid införandet av patientdatalagen gjordes även en integritetsanalys.

Enligt dataskyddsförordningen⁶ får personuppgifter enbart samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål (artikel 5.1 b dataskyddsförordningen). Av hänsyn till enskildas personliga integritet får personuppgifter i kvalitetsregister inte behandlas för andra ändamål än de ändamål som anges i patientdatalagen. Det innebär att det inte är tillåtet att behandla personuppgifterna för andra ändamål även om dessa inte är oförenliga med det ändamål för vilket uppgifterna har samlats in, det vill säga kvalitetssäkring.⁷ Dataskyddsförordningens finalitetsprincip, det vill säga att personuppgifter senare får behandlas för andra ändamål om de inte är oförenliga med det ursprungliga ändamålet, gäller alltså inte vid behandling av personuppgifter i nationella eller regionala kvalitetsregister.

Av förarbetena till patientdatalagen framgår att det primära ändamålet, det vill säga utveckling och kvalitetssäkring av vården, måste brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som

⁴ 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, dataskyddsförordningen, skäl 38.

⁵ Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 177.

⁶ 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.

⁷ Prop. 2007/08:126, s. 180.

avses täckas med registret.⁸ För att ändamålet för kvalitetsregister som främst behandlar hälsovård inte ska bli för generellt och vidlyftigt behöver det alltså specificeras. Ett preciserat ändamål medför att personuppgifterna i registret begränsas, vilket skyddar den enskildes personliga integritet.

För att få registrera uppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister krävs att patienten inte motsatt sig det. Att den enskilde själv har möjlighet att bestämma över tillgången till och behandlingen av hans eller hennes personuppgifter är en viktig del av skyddet för den personliga integriteten. Vidare är den personuppgiftsansvarige skyldig att lämna patienten utförlig information om den hantering av personuppgifter som gäller för det aktuella kvalitetsregistret innan uppgifterna registreras. Konsekvensen av detta är att den enskilde kan göra ett informerat val. Av regleringen framgår även vem som är personuppgiftsansvarig och vem som får ha åtkomst till uppgifterna.

Av patientdatalagen framgår tydligt när uppgifter, som är insamlade för kvalitetssäkring, kan lämnas ut till tredje man. Det får ske endast om mottagaren ska använda uppgifterna för att själv bedriva kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, för forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet eller för att framställa statistik. Modellen att specifikt beskriva tillåtna utlämnanden medför enligt motiven till patientdatalagen ett starkt integritetsskydd för den enskilde.⁹

Personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister ska dessutom gallras när de inte längre behövs för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Enligt motiven till patientdatalagen balanserar denna bestämmelse önskemålet om att skydda den enskildes integritet gentemot behovet av att kunna genomföra långsiktig uppföljning.¹⁰

Utredningen bedömer att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Det lägger även grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet skapar dessutom förutsättningar för en god hälsa för barn och unga och är en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa för den enskilde. Hälsofrämjande och förebyggande arbete förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar

⁸ Prop. 2007/08:126, s. 179.

⁹ Prop. 2007/08:126, s. 180.

¹⁰ Prop. 2007/08:126, s. 194.

hälsan, det vill säga de skydds- och riskfaktorer som främjar god hälsa och som ökar risk för ohälsa. Behandling av personuppgifter kopplade till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder i kvalitetsregister skapar förutsättningar för sådan kunskap. Av dessa skäl är behandlingen av personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder till fördel både för hälso- och sjukvården och för den enskilde patienten. Med beaktande av de befintliga integritetsstärkande bestämmelserna i patientdatalagen och vikten av att personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder behandlas bedömer utredningen att behoven och vinsterna med förslaget överväger integritetsriskerna.

Inför att dataskyddsförordningen skulle börja tillämpas i Sverige gjorde Socialdataskyddsutredningen (S 2016:05) en översyn av registerförfattningarna inom Socialdepartementets verksamhetsområde. Socialdataskyddsutredningens slutsats var att bestämmelsen om kvalitetsregisters ändamål i 7 kap. 4 § patientdatalagen var förenlig med dataskyddsförordningen. Detta då behandlingen i registren kan anses nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.¹¹ De förlagna ändringarna i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen innebär inte någon förändring i detta avseende. Utredningen gör därför bedömningen att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningen.

7.4 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till utvecklingen av mer effektiva vårdprocesser och kunskaper om vilka insatser som leder till bättre hälsa för barn och unga. På sikt bidrar det till en bättre hälsa i befolkningen vilket får positiva konsekvenser för samhälls-ekonomin.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redogör i delbetänkandet för de samhällsekonomiska vinsterna med tidiga insatser.¹² De kompletterande förslagen om uppföljning och informationsdelning som utredningen lämnar i detta slutbetänkande bidrar också till

¹¹ SOU 2017:66 *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 355.

¹² SOU 2021:34, s. 421 ff. och bilaga 4, s. 569.

de samhällsekonomiska vinsterna. Utredningens förslag när det gäller uppföljning ska bidra till att kvalitetssäkra barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga. Det är angeläget att följa upp barns och ungas hälsa över tid på gruppnivå för att kunna utvärdera om insatserna är effektiva och leder till avsedda resultat. Effektiva insatser förebygger ohälsa och behovet av fördjupade vård- och behandlingsinsatser. Informationsdelning inom och mellan vårdgivare är en förutsättning för att få till stånd en mer sammanhållen vård. Sammanhållna vårdprocesser där barn och unga får vård i ett tidigt skede bidrar till en mer effektiv vård.

När det gäller uppföljning föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa upp barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna och lämna nödvändiga författningsförslag. Sådan uppföljning bidrar till ökad kunskap om barns och ungas hälsoutveckling på gruppnivå och kunskaper om vilka tecken på avvikelser som indikerar sjukdom. Kunskaper om vilka faktorer som påverkar sjukdom och vilka insatser som leder till god hälsa är nödvändiga för att kunna sätta in rätt insatser i ett tidigt skede. Tidiga insatser för att förebygga sjukdom minskar behovet av hälso- och sjukvården och därmed kostnader för samhället. Det leder också till minskat lidande för barn och unga och ett bättre hälsoutfall senare i livet. På sikt bidrar det till en mer jämlik hälsa i hela befolkningen.

Utredningen ser även behov av insatser som möjliggör uppföljning och jämförelser av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet. Av den anledningen föreslår utredningen bland annat ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsovårdens kvalitet. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att följa upp verksamhetens effektivitet och att barn- och ungdomshälsovård ges på likvärdiga grunder i landet. Det bidrar till kunskaper om hur vårdverksamheten kan utvecklas och skapar förutsättningar för en mer jämlik vård för barn och unga.

Utredningens förslag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att kartlägga förekomsten av och behoven hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov, har också stor samhällsekonomisk nytta. Uppskattningsvis 80 procent av vårdens kostnader rör denna målgrupp. En mer effektiv och koordinerad vård samt mer ändamålsenliga och samordnade insatser som inkluderar stöd till barnet eller den unge och deras närstående sparar inte bara samhällets resurser utan frigör också hälsokapital nu och i framtiden.

Utredningen har dessutom uppmärksammat att det kan uppstå vissa praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra huruvida uppgifter som finns i hälso- och sjukvården om ett barn, ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Utredningen föreslår därför att en utredning ska tillsättas med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget förväntas på sikt underlätta för hälso- och sjukvården att ta ställning till om uppgifter ska lämnas ut till barn eller deras vårdnadshavare och därmed mer effektiva processer. Det förväntas också bidra till att barn och deras vårdnadshavare görs delaktiga i hälso- och sjukvården på ett mer ändamålsenligt sätt.

7.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt får förslagen vissa administrativa och ekonomiska konsekvenser för staten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag när det gäller uppföljning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården och bättre förutsättningar att lämna ut uppgifter till den enskilde själv, kommer att medföra vissa administrativa insatser och kostnader för staten.

Det gäller uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Det gäller även uppdragen till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser

respektive på ungdomsmottagningar. Utredningen bedömer i samråd med Socialstyrelsen att kostnaderna för uppdragen kan variera mellan 2 och 4,5 miljoner kronor, beroende på om regeringen väljer att ge Socialstyrelsen ett eller flera nya uppdrag eller beslutar att komplettera något eller några av Socialstyrelsens befintliga uppdrag. Denna kostnad avser endast de uppdrag som utredningen föreslår. Om Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och att behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive ungdomsmottagningar, kommer arbetet med att realisera datainsamlingen att innebära ytterligare kostnader.

Det gäller vidare uppdrag till Socialstyrelsen att stödja implementeringen av den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och att följa upp utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården med stöd av indikatorer. Socialstyrelsen uppskattar att uppdraget behöver genomföras under cirka 3 år till en kostnad av cirka 2 miljoner kronor per år.

Det gäller också uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera effekterna av hälsoreformen för barn och unga. Myndigheten uppskattar att uppdraget behöver genomföras under cirka 1,5 år till en kostnad av totalt cirka 4,5 miljoner kronor.

Det gäller dessutom utredningens förslag att Socialstyrelsens befintliga uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS) behöver kompletteras med ett tydligt barn och unga-perspektiv för att det ska vara möjligt att följa upp hur barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen uppskattar att uppdraget behöver förlängas med cirka 2 år till en kostnad av cirka 1,5 miljoner kronor per år.

Uppdraget till Socialstyrelsen att kartlägga vårdbehov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov innebär också vissa kostnader för staten. Uppdraget bygger huvudsakligen på att frivilliga regioner utför mycket av arbetet med datakörningar och analyser men Socialstyrelsen bör leda och samordna arbetet. Utredningen bedömer i samråd med Socialstyrelsen att uppdraget behöver genomföras under 2 år till en kostnad av cirka 2,5 miljon kronor per år. Därutöver bör cirka 2,5 miljoner kronor per år avsättas för stimulansmedel till deltagande regioner för deras arbete.

Därutöver föreslår utredningen ett förtydligande i patientdatalagen (2008:355) av att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Förslaget innebär inga omedelbara kostnader för staten. Det är i första hand huvudmännen som bör avsätta medel för denna verksamhet. Utredningen bedömer dock att staten bör tillskjuta stimulansmedel för utvecklingen av registren, se även kapitel 5, Förslag och bedömningar och avsnitt 7.16 för mer information om utredningens bedömningar och kostnadsberäkningar. Uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet behövs för att tillförsäkra att vården håller god kvalitet, är effektiv och likvärdig i landet.

I betänkandet lämnar utredningen vidare ett förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Utredningen har i sitt arbete uppmärksammat att det kan uppstå vissa praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra huruvida uppgifter om ett barn som finns i hälso- och sjukvården ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Även detta förslag får vissa administrativa och ekonomiska konsekvenser för staten.

7.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt kan förslagen dock få administrativa och ekonomiska konsekvenser för regionerna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna och lämna nödvändiga författningsförslag. Förslagen kan komma att innebära vissa kostnader för regionerna i samband med administreringen av de hälsouppgifter

som ska lämnas till Socialstyrelsen. Vilka kostnader det handlar om behöver dock preciseras inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag.

Utredningen föreslår också en ändring i patientdatalagen (2008:355) som innebär ett förtydligande av att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det skapar förutsättningar för att utveckla kvalitetsregister för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Det förväntas underlätta regionernas arbete med att säkra kvaliteten, effektiviteten och likvärdigheten i barn- och ungdomshälsovården.

Förslaget innebär inga nya eller obligatoriska uppgifter för regionerna. Utredningen bedömer dock att utvecklingen av nationella kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet är nödvändig för att kunna tillförsäkra barn och unga en verksamhet av god kvalitet och som ges på likvärdiga grunder i landet. Att följa upp verksamhetens kvalitet är också ett krav i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen, bland annat ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]. På kort sikt skulle en anslutning till kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, innebära kostnader för regionerna. Det handlar i första hand om kostnader för att anpassa vårdinformationssystemen så att information kan föras över på ett automatiserat sätt från journalsystem till kvalitetsregistren samt kostnader för förvaltningen av registren. På kort sikt kan anslutningen till ett kvalitetsregister också innebära viss ökad administration när det gäller registrering av uppgifter, men i takt med att systemen utvecklas och insamlingen av hälsouppgifter automatiseras minskar den administrativa bördan. Utredningen bedömer att det dessutom kan uppstå kostnader för kompetensutveckling i samband med att nya system införs. Utredningen gör dock bedömningen att kostnaderna för de utvecklade informationssystemen på lång sikt är en investering i en mer effektiv vård av barn och unga som i ett tidigare skede kan förebygga en allvarligare utveckling och kostnader för fördjupade insatser.

Uppdraget till Socialstyrelsen att kartlägga förekomsten av och behoven hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov innebär att frivilliga regioner utför mycket av arbetet med datakörningar och analyser. Utredningen föreslår att de regioner som deltar i kartläggningen ska få viss ersättning. Utredningen bedömer

att kartläggningen kommer att leda till ökad kunskap om barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov vilket kan stödja regionernas arbete med att organisera och planera hälso- och sjukvården för dessa barn och unga på ett mer ändamålsenligt sätt.

I övrigt föreslår utredningen ett antal uppdrag till olika myndigheter för att stödja, följa upp och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och ett uppdrag att följa upp omställningen till en god och nära vård ur ett barnrättsperspektiv. Dessa förslag innebär inga nya uppgifter eller kostnader för regionerna. Förslagen bidrar snarare till att stödja utvecklingen av vården för barn och unga i regionerna.

När det gäller förutsättningarna att lämna ut uppgifter till den enskilde har utredningen lämnat ett förslag. Förslaget innebär att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget medför inga kostnader eller nya uppgifter för regionerna. Förslaget förväntas leda till ett klagörande när det gäller utlämnade av uppgifter till den enskilde vilket underlättar regionernas arbete i denna del.

7.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommuner

Bedömning: Kommunerna berörs i första hand av utredningens förslag i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser. Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt kan förslagen få ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen lämnar ett antal förslag som ska bidra till en bättre uppföljning av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården. Förslagen kan få konsekvenser för kommunerna i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser.

Utredningens föreslår att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen även bör

få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälso-dataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser. Båda dessa uppdrag kan på sikt komma att innebära ökad administration och kostnader för kommunerna i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser. Det blir dock Socialstyrelsens uppdrag att utreda omfattning av eventuella kostnader och den administrativa bördan.

Utredningen föreslår också ändringar i patientdatalagen (2008:355) som ska tydliggöra att det är möjligt att utveckla kvalitetsregister för sådan hälsovård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser. Utredningen bedömer att det är mycket viktigt att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser, på nationell nivå. Sådan uppföljning är nödvändig för att säkra kvaliteten i verksamheten och likvärdig tillgång till elevhälsans medicinska insatser för barn och unga i hela landet. I dag förekommer ingen sådan nationell uppföljning av elevhälsans medicinska insatser. Det finns ett kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser men anslutningsgraden är låg, delvis på grund av att registret inte längre betraktas som nationellt kvalitetsregister av Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister och därmed inte får ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelse mellan staten och SKR. Utvecklingen av nationella kvalitetsregister som inkluderar elevhälsans medicinska insatser skulle kräva att kommunerna skapar tekniska och andra förutsättningar för elevhälsans medicinska insatser att ansluta sig till sådana kvalitetsregister. Att kvaliteten i elevhälsans medicinska insatser systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras är dock redan lagreglerat (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen).

Utredningen bedömer att förslagen sammantaget kommer att leda till en bättre uppföljning av barns och ungas hälsa och barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet. På lång sikt är utvecklingen av en bättre uppföljning därför en investering i en mer effektiv och likvärdig barn- och ungdomshälsovård och en mer jämlik hälsa i befolkningen.

I övrigt föreslår utredningen ett antal uppdrag till olika myndigheter för att stödja, följa upp och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och ett uppdrag att följa upp omställningen till en god och nära vård ur ett barnrättsperspektiv. Dessa förslag innebär inga nya uppgifter eller kostnader för kommuner. Förslagen bidrar snarare till att stödja utvecklingen av vården för barn och unga i kommunerna.

Utredningen har även föreslagit att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget innebär inga ekonomiska eller andra konsekvenser för kommunerna. Förslaget förväntas leda till ett klargörande när det gäller utlämnade av uppgifter till den enskilde vilket underlättar kommunernas arbete i denna del.

7.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag innebär inga nya uppgifter för kommuner eller regioner.

Förslagen att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och uppdragen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna innebär inga nya uppgifter för kommuner och regioner. Uppdragen kan komma att innebära att kommuner och regioner behöver lämna vissa ytterligare uppgifter om barns och ungas hälsa och om barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet till Socialstyrelsen. Omfattningen av de uppgifter som ska lämnas behöver ytterligare preciseras inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag. Utredningen bedömer dock att det är nödvändigt att samla in sådana uppgifter för att säkra framställningen av statistik som kan bidra till utvecklingen av vården och en god hälsa för barn och unga.

Förslaget som tydliggör att det ska vara möjligt att utveckla nationella kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovården får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslaget innebär snarare en möjlighet för kommuner och regioner att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården och skapa en mer likvärdig vård för barn och unga i landet. Utredningen konstaterar att det är mycket angeläget att så sker eftersom denna verksamhet berör alla barn och unga under uppväxttiden. Utredningen bedömer att det underlättar för kommuner och regioner att bedriva sin

verksamhet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner.

Utredningens övriga förslag rör olika myndighetsuppdrag för att stödja, följa upp och utvärdera den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ramen för barn- och ungdomshälsovården. Dessa uppdrag innebär inte heller några nya uppgifter för kommuner och regioner. Myndighetsuppdragen överensstämmer med den arbetsfördelning som redan gäller mellan myndigheterna och kommuner och regioner. Utredningen bedömer att dessa uppdrag kommer att stödja kommuner och regioner att bedriva sin verksamhet på ett likvärdigt och effektivt sätt i landet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner.

Utredningens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare kan på sikt komma att innebära ett förtydligande av de regler som ska gälla vid informationsdelning i förhållande till den enskilde. Det förväntas underlätta arbetet inom berörda verksamheter i kommuner och regioner.

7.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för professionen. Ökad kunskap om barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten förväntas underlätta professionens arbete och bidra till trygghet i arbetssituationen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag när det gäller uppföljning innebär att hälsodata kommer att samlas in om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Det kommer att skapa förutsättningar för att följa upp och utvärdera insatser som ges till barn och unga. Det kommer också att bidra till kunskapsutvecklingen om vilka faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och indikerar sjukdom. Sådan kunskap ger professionen bättre förutsättningar för att ge insatser som bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Det underlättar professionens arbete och stödjer utvecklingen av god vård.

Förslagen angående kvalitetsregister för hälsovård och ett utvidgat patientregister för uppgifter om barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan inledningsvis innebära viss ökad administration för professionen. I takt med att insamlingen av sådana uppgifter automatiseras kommer den administrativa bördan dock att minska.

Utredningens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare kan på sikt komma att innebära ett förtydligande av de regler som ska gälla vid informationsdelning i förhållande till den enskilde. Förslaget förväntas därmed underlätta de professionellas arbete med att bedöma hur uppgifter ska delas med enskilde.

7.10 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda konsekvenser för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redogör i delbetänkandet för vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn och skolföretag inom utbildningssektorn, och den lagstiftning som reglerar relationen mellan regioner och kommuner och de aktuella företagen. Det finns i dag cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn varav cirka 3 300 företag tillhandhåller olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Inom hälso- och sjukvårdssektorn tillämpas vårdvalssystem för verksamhet inom primärvården. Detta innebär att regionerna är huvudmän och styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem.

Inom utbildningssektorn finns cirka 788 skolföretag inom grund- och gymnasieskolan som sammantaget ansvarar för cirka 1 300 skolenheter. Skolhuvudmännen ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med skollagen. Kommunerna ansvarar för att fördela resur-

ser till utbildningen inom skolväsendet efter barns och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b § skollagen [2010:800]).¹³

Utredningen bedömer att de samlade förslagen inte får några särskilda konsekvenser för enskilda företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna. Förslagen påverkar de enskilda företagen på motsvarande sätt som de påverkar vårdgivare inom kommuner och regioner. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

7.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för sysselsättningen eftersom de i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för vårdverksamheterna.

7.12 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för utvecklingen av en mer jämlik och jämställd vård, och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för utvecklingen av en mer jämlik och jämställd vård. De innebär bättre förutsättningar att följa barns och ungas hälso-utveckling och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga. Det skapar i sin tur möjligheter att analysera skillnader i hälsa hos pojkar och flickor och utvärdera effekterna av olika insatser. Med stöd av dessa uppgifter kan mer effektiva och riktade insatser utvecklas och mer adekvata insatser erbjudas till alla flickor

¹³ SOU 2021:34, s. 429–430.

och pojkar oavsett bakgrund. Det leder till en mer jämlik och jämställd hälsa hos barn och unga och på sikt en mer jämlik och jämställd hälsa hos hela befolkningen. Bättre förutsättningar för att utveckla och tillhandahålla en mer jämlik och jämställd vård för barn och unga bidrar också till att de integrationspolitiska målen kan uppfyllas för denna målgrupp. Utredningens förslag om att tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare förväntas på sikt bidra till en ökad tydlighet om vilka förutsättningar som ska gälla för att dela information med den enskilde. I förlängningen kan ett tydligare regelverk minska risken för godtyckliga bedömningar, vilket kan leda till en mer jämställd och jämlik behandling av flickor och pojkar och kvinnor och män.

7.13 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Under avsnittet 7.3, Konsekvenser för den personliga integriteten, gör utredningen bedömningen att förslaget till lag om ändring i patientdatalagen är förenligt med dataskyddsförordningen.

7.14 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag får vissa positiva konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redovisar i delbetänkandet vilka konsekvenser som utredningens samlade förslag i delbetänkandet får för brottsligheten och det brottsförebyggande

arbetet. Samordnade insatser inom vård och omsorg är en förutsättning för att uppmärksamma och förebygga en ogynnsam utveckling i ett tidigt skede.¹⁴

Utredningens förslag när det gäller uppföljning skapar förutsättningar för att analysera skillnader i hälsa hos barn och unga och var behoven av hälsofrämjande och förebyggande insatser är som störst. Analyserna kan ligga till grund för utvecklingen av mer effektiva insatser som kan förebygga ohälsa och utveckling av ett brottsligt beteende i ett senare skede.

7.15 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskat behov av hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag om uppföljning och kvalitetssäkring av barn- och ungdomshälsovården kommer att bidra till att utveckla och effektivisera det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom barn- och ungdomshälsovården. När barns och ungas hälsa kan främjas och sjukdomar förebyggas på ett mer effektivt sätt i ett tidigt skede bidrar det till ett minskat behov av hälso- och sjukvård och därmed hälso- och sjukvårdens påverkan på miljön.

7.16 Kostnader för fullt utbyggda kvalitetsregister avseende barns och ungas hälsa

En infrastruktur av väl utformade och utbyggda register av olika slag utgör enligt utredningens bedömning en god grund för kunskapsproduktionen om verksamheten inom hälso- och sjukvården. Den kunskap som produceras ger grund för åtgärder för förbättringar av verksamheten.

Utredningen fokuserar huvudsakligen på register som följer hälsovårdande verksamheter för barn och unga. Det förslag som utred-

¹⁴ SOU 2021:34, s. 433.

ningen lämnar syftar till att stärka dessa verksamheters möjligheter att använda sig av kvalitetsregister för sin verksamhetsutveckling.

Utredningen lämnar ett förslag som tydliggör att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitets-säkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det faktum att anslutning till ett kvalitetsregister är frivillig medför att det inte formellt krävs av utredningen att presentera någon analys av kostnads-konsekvenser för förslaget. Emellertid är det utredningens uppfattning att kvalitetsregistrens potential för kunskapsproduktionen är så betydande att det finns anledning att genomföra och presentera beräkningar av vad utbyggda kvalitetsregister skulle kosta. Det skapar förutsättningar för att väga nyttan med fullt utbyggda register mot kostnaderna för dem.

Kvalitetsregister är exempel på en systematisk sekundär användning av data om olika hälso- och sjukdomsgrupper. Det finns i dag ett flertal kvalitetsregister som avser olika aspekter av barns och ungas hälsa och sjukdomar. Det rör sig till exempel om register över barn i nyföddhetsvård, barn och unga med cancer eller barn och unga med fetma.

Det är en fördel ur kunskapssynpunkt om en hög andel av den aktuella målpopulationen är registrerade i kvalitetsregistret. Mönster i population och verksamheter kan lättare spåras vid större volymer.

Det finns i dagsläget tre kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter på nationell nivå. Dessa är Graviditetsregistret, Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ). Dessa register täcker i nuläget in väldigt olika andelar av den relevanta populationen, såväl i termer av antalet barn och unga som i termer av antalet aktörer med ansvar för respektive verksamhet. Graviditetsregistret täcker in, nära nog, alla graviditeter i landet medan EMQ täcker in en marginell andel av elever och skolhuvudmän. Sammantaget gör utredningen bedömningen att nuvarande, totalt sett, låga täckningsgrad medför att uppgifterna i registren inte ger en tillräcklig grund för den vidare kunskapsproduktionen.

Med hjälp av uppgifter från personer verksamma inom ramen för ovan nämnda register och publicerade uppgifter på hemsidor, i rapporter och årsberättelser har utredningen syftat till att göra en överslagsberäkning vad utbyggda kvalitetsregister skulle kosta samhället.

De beräkningar som redovisas här har gjorts endast för att ge en uppskattning av den resursåtgång som kan bli följden av påtagligt utbyggda väsentliga kvalitetsregister. Utredningen tar inte ställning till organisation eller finansiering av en sådan utbyggnad. Syftet har endast varit att göra det möjligt att ställa kostnader mot värdet av en mer heltäckande registrering av variabler som mäter hälsa samt hälsofrämjande och förebyggande insatserns effekter.

Det förslag utredningen lämnar som tydliggör att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan vara kostnadspåverkande. Kostnaderna för detta är dock ytterst svårbedömda och det är endast som ett tillägg till den centrala beräkningen om utbyggd registrering som utredningen försöker ta hänsyn till vad det skulle kosta.

7.16.1 Modell för beräkning av kostnader för utbyggda kvalitetsregister

För beräkningarna har utredningen valt att formulera en mycket enkel statistisk modell som kan ge resultat som frilägger förekomsten av så kallade stordriftsfördelar, alltså kostnadssamband som innebär att en fördubbling av verksamhetens omfattning i någon mening leder till mindre än en fördubbling av verksamhetens kostnader. Kvalitetsregistren bedriver en verksamhet som är mycket informationstekniskt tung. En given ökning av registreringen leder, givet en befintlig infrastruktur, till en väsentligt mindre, kanske till och med till en marginell, kostnadsökning.

Utredningen har formulerat en modell som består av en kostnadsvariabel som beroende variabel, en konstant och en omfattningsvariabel i antalstermer när det gäller antal registrerade och antal poster i en databas. Modellen har skattats med en ordinarie minsta kvadrat-skattning. Valet av metod gör det möjligt att skatta graden av stordriftsfördelar för kvalitetsregistren generellt sett.

Utredningen har använt data från sex kvalitetsregister¹⁵ och valt att låta kvalitetsregister som berör barn och unga ingå i beräkningarna. De resultat som utredningen har fått får därför betraktas som ett genomsnitt av förhållanden för de ingående registren.

I den redovisning utredningen fått ta del av från de olika registren finns uppgifter om hur många barn eller unga som finns i registret. I ett fall (EMQ) har utredningen behövt göra egna, något schablonmässiga, beräkningar. Utifrån registrens redovisade uppgifter framgår att sex av landets kommuner anslutit sig till EMQ. Utifrån redovisningarna bedömer utredningen också att 80 procent av eleverna i dessa kommuner ingår i registret. Det finns cirka 1 400 000 skolelever i landet. Utifrån ett antagande om en jämn fördelning av eleverna i kommunerna medför det att cirka 23 000 skolelever bedöms ingå i databasen i nuläget.

Resultatet av beräkningarna i den enkla modellen är en hög samvariation av data och modell och att de två ingående parametrarna är statistiskt signifikanta. Parametrarna skattas till startpunkten = 983 000 och antalsparametern = 16,22.

Antalsparametern kan tolkas som att förhållandena är sådana att varje ytterligare individ i respektive målpopulation som registreras leder till en kostnadsökning på 16,22 kronor. Denna kostnadsökning avses innefatta alla typer av kostnader registret kan ha, alltså alltifrån informationsteknisk infrastruktur till rapportering av olika slag.

7.16.2 Simulering av utbyggd verksamhet för kvalitetsregister

Nästa steg i den samlade kalkylen, som alltså bygger på resultatet av modellberäkningen, har utgjorts av simuleringar av en utbyggd verksamhet. Simuleringen är helt enkelt en jämförelse av vad en given registerverksamhet skulle kosta vid fullt utbyggd verksamhet, alltså en verksamhet som täcker alla, eller nära nog alla, berörda. Vid jämförelsen används alltså de vid modellberäkningen skattade parametrarna. Simuleringarna avser en utbyggnad av BHVQ och EMQ.

Om man utgår från modellberäkningarna och att BHVQ potentiellt antas täcka alla barn 849 622 (år 2019) upp till och med sex års

¹⁵ Data från följande kvalitetsregister har använts: BarnobesitasRegister i Sverige, Graviditetsregistret, Nationella tillväxthormonregistret för barn, Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), Svenska Barnreumaregistret och Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ).

ålder, skulle verksamheten kosta 13 878 869 kronor i stället för 2 068 496 kronor. Det handlar alltså om en kostnadsökning med 11 810 373 kronor.

Om man utgår från modellberäkningarna och att EMQ potentiellt antas täcka alla 1 400 000 elever i landet, skulle verksamheten kosta 22 708 000 kronor i stället för 1 356 858 kronor. Det handlar således om en kostnadsökning med 21 351 142 kronor.

Simuleringarna ger alltså vid handen att en utbyggnad av de båda registren skulle öka kostnaderna med sammanlagt 33 161 515 kronor. En avrundning till närmaste miljontal innebär att kostnaderna skulle öka med 33 miljoner kronor.

Det ska noteras att beräkningarna av registrens kostnader i utgångsläget inte består av de kostnader som registren har uppgett utan i stället av de kostnader som uppstår när parametrarna, som skattats i modellen, används tillsammans med antalsuppgifter.

De beräkningar som här har genomförts ska inte uppfattas som en strikt prognos av kostnader för registren vid utbyggnad. Komplexiteten i teknisk och organisatorisk mening av registrens verksamhet är betydande och det skulle kräva en omfattande arbetsinsats att göra något som för varje specifikt register skulle kunna uppfattas som en prognos. Beräkningarna är av överslagskaraktär där det viktiga har varit att åtminstone i förenklad form ta hänsyn till det faktum att det föreligger stordriftsfördelar i verksamheten. De fem ingående registren har olika täckningsgrad. Det innebär att beräkningen bygger på varierande täckningsgrader och bör på det sättet bidra till att ge rimliga resultat.

Det är också värt att notera att Graviditetsregistret med nära nog full kostnadstäckning kostar ungefär 6 miljoner kronor medan ett fullt utbyggt EMQ, enligt beräkningsresultaten, skulle kosta närmare 23 miljoner kronor. Det förklaras av att antalet i databasen är det som driver kostnaderna i modellen. Det föds ungefär 100 000 barn per år medan antalet skolelever är ungefär 1 400 000.

Bara som ett exempel skulle en rent proportionell överslagsberäkning av en utbyggnad av EMQ ge väsentligt högre belopp. Antal elever i riket är 60 gånger högre än det nuvarande antalet elever i databasen. En multiplikation med dagens kostnader för registret skulle ge en skattning på över 80 miljoner kronor. Liknande förhållande gäller för BHVQ. Det skulle för de båda registren ge beräkningsresultat på långt över 100 miljoner kronor.

För en från utredningen mer slutgiltig bedömning av möjliga kostnadskonsekvenser av utbyggnaden av de två registren är ett mer hypotetiskt tillägg av värde. Mycket tyder på att antalsparametern inte är ett fast värde utan i stället är avtagande med ett kraftigt ökat antal registrerade i databasen. Det har inte varit möjligt att trovärdigt skatta detta förhållande vid beräkningarna då de ingående registren har mycket lägre antal registrerade än det antal som kan förväntas i de utbyggda registren. De kontakter utredningen har haft med registeransvariga indikerar dock att antalsparametern är avtagande.

Inom utredningen har det också gjorts vissa försök att skatta modeller med avtagande antalsparameter. Även om resultaten av dessa beräkningar inte är entydiga leder de till slutsatsen att man inte kan utesluta att antalsparametern är avtagande.

Som ett räkneexempel kan nämnas att om man lägger in en faktor i beräkningarna som reducerar antalsparametern så att 80 procent av priset återstår vid antalsökningen kommer BHVQ vid fullständig utbyggnad ha en kostnad på strax under 9 miljoner kronor och EMQ 14 miljoner kronor. Det motsvarar kostnadsökningar på cirka 6 miljoner kronor för BHVQ och 12,5 miljoner kronor för EMQ. De sammantagna kostnadsökningarna skulle alltså bli 18,5 miljoner kronor.

7.16.3 Sammantagen bedömning av kostnadsökningar för fullt utbyggda kvalitetsregister för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser

Sammantaget kan det hypotetiskt sägas att kostnadsökningarna vid full utbyggnad av de två registren begränsar sig till mellan 20 och 30 miljoner kronor. Det är också värt att poängtera att dessa register omfattar en stor mängd vårdgivare eller aktörer. Om den högre summan för BHVQ på 14 miljoner kronor skulle fördelas på varje BVC (cirka 950) skulle det innebära en kostnad om cirka 15 000 kronor per enhet och vid den lägre summan cirka 9 500 kronor. Enligt samma beräkning skulle kostnaden per skolhuvudman (cirka 1 100) uppgå till cirka 20 000 kronor vid den högre summan och cirka 13 000 kronor vid den lägre summan. Sammantaget bedömer därför utredningen att kostnaden per utförare i vården är rimlig i relation till den nytta som ett fullt utbyggt register skulle medföra. Staten finansierar och stöttar i dag bara till liten del den totala kostnaden för de nationella kvalitetsregistren.

Förutom de kostnader som uppstår för registren själva uppstår det också kostnader för personalen i hälso- och sjukvården som ska lämna uppgifter till registren. Utredningen har delvis på grund av bristande data men också beroende på en i verksamheterna pågående långtgående automatisering valt att exkludera dessa kostnader från beräkningarna. Även om det inte gäller för all registrering, pågår det en utveckling som innebär att registerverksamheterna fångar data utan att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver vidta några åtgärder utöver den ordinarie journalföringen. Möjligen kommer det i vissa fall förbli så att tidskrävande registrering måste utföras av hälso- och sjukvårdens personal men inom en inte alltför lång framtid bör det utgöra undantag.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

7 kap.

1 §

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.

Paragrafen innehåller en definition av kvalitetsregister. Överväganden finns i avsnitt 5.2.

Första meningen i paragrafen har ändrats på så sätt att ordet *vårdens* har ersatts med orden *hälso- och sjukvårdens*.

4 §

I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse som anger för vilket ändamål personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister. Överväganden finns i avsnitt 5.2.

Paragrafen har ändrats så att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Med hälso- och sjukvård avses här individinriktad patientverksamhet. Det innebär att personuppgifter primärt får behandlas för att utveckla och säkra kvaliteten av vård, undersökningar och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Detta innefattar både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner och skrivelser

- Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*
- Prop. 1980/ 81:28 *om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen.*
- Prop. 1981/82:186 *om ändring i sekretesslagen (1980:100), m.m.*
- Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister.*
- Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2013/14:202 *Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021.*
- Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.
- SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet*, betänkande av E-hälsokommittén.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*, slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

- SOU 2017:66 *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskydds-förordning*, betänkande av Socialdataskyddsutredningen.
- SOU 2018:4 *Framtidens biobanker*, slutbetänkande av Utredningen om regleringen av biobanker.
- SOU 2018:52 *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, betänkande av Socialdataskyddsutredningen.
- SOU 2019:42 *Digifyfiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2020:19 *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.
- SOU 2021:11 *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*, slutbetänkande av utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.
- SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.
- SOU 2021:39 *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*, slutbetänkande av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.
- SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, delbetänkande av delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- SOU 2021:71 *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Departementsserien och promemorior

Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet, en promemoria från Socialdepartementet, (dnr S2020/08974/FS).

Kommittédirektiv

Dir. 2019:37 *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*

Rapporter och litteratur

Asplund, Kjell, "Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014) s. 25–37.

Datainspektionen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt-Socialstyrelsens avrapportering*, yttrande (2008).

E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer Delrapport 2, regeringsuppdrag S2019/01521/FS: Fördjupad analys av befintlig ansvarsfördelning kring e-hälsospecifikationer samt kostnadsberäkning för E-hälsomyndighetens tillhörande förvaltning* (2020).

E-hälsomyndigheten, *Uppföljning Vision e-hälsa 2025 – rapport avseende år 2020* (2021).

Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport* (2018).

Folkhälsomyndigheten, *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport* (2019).

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återsrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor, bilaga 2* (2019).

Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

- Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).
- Graviditetsregistret, *Graviditetsregistrets årsrapport 2019* (2020).
- Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, *Mödrahälsovård Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Rapport nr 76 (Publicerad 2008 uppdaterad webbversion 2016).
- Inera och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *Ramverk för invånares åtkomst till journalen – Målbild och gemensamma principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).
- Inera, *Gränssnittsbeskrivning – Nationell patientöversikt version 3.12*. (2017, uppdaterad 2018).
- Inera, *Nyttorna med Nationell patientöversikt* (2019).
- Inspektionen för vård och omsorg, *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* (2015).
- Inspektionen för vård och omsorg, *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (2016).
- Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).
- Inspektionen för vård och omsorg, *De tar inte hand om hela mig* (2021).
- Jervall, Lars och Pehrsson, Thomas, *eHälsa och it i regionerna, maj 2020* (2020).
- Köhler, Lennart, *Barnhälsoindex för Sveriges kommuner. En uppsättning indikatorer för barns hälsa*. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).
- Könberg, Bo, *Det framtida nordiska hälsosamarbetet*, (Nordiska ministerrådet, 2014).
- Läkemedelsindustrins förening (LIF), *Åtgärder för att förbättra tillgången till och analys av hälsodata* (2019).
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *VIP i vården – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2 (2014).

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*, rapport 2016:3 (2016).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*. PM 2016:7 (2016).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2017:4 (2017).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvården*, rapport 2019:6 (2019).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13 (2020).
- Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Registerbeskrivning*, (u.å.).
- Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Årsrapport 2018* (2019).
- Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Verksamhetsberättelse 2020* (2021).
- Nordiska ministerrådet, NordForsk, *A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019).
- Region Skåne, *För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling* (2019).
- Region Stockholm, *Vårdgivarguiden, Årsrapport för Stockholm 2019* (2019).
- Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen, *Kvalitetsmätt för elevhälsans medicinska insatser (EMI)* (2020).
- Sjöberg, Hanna, "Vad är ett nationellt kvalitetsregister", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 9–13.

- Sjöberg, Hanna, "Kvalitetsregistrens organisering", i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 38–49.
- Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser, kvalitetsgranskning rapport 2015:5* (2015).
- Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).
- Socialstyrelsen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt* (2007).
- Socialstyrelsen, *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre* (2013).
- Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården* (2014).
- Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019).
- Socialstyrelsen, *Cancerregistret – allt fler överlever cancer* (2019).
- Socialstyrelsen, *Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård* (2019).
- Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt* (2019).
- Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret – allt friskare tänder men skillnaderna ökar* (2019).
- Socialstyrelsen, *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård* (2020).
- Socialstyrelsen, *Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020* (2020).
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer* (2020).
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer* (2021).

- Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Årsrapport 2019* (2020).
- Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SkaPa),
Verksamhetsberättelse för 2020 – Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (2021).
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa* (2020).
- Söderberg, Jenny, *Omvärldsanalys – Life science området i Sverige* (Stockholm: Helidor Consulting AB, 2018).
- Vetenskapsrådet, *Kriterier för FAIR forskningsdata – redovisning av regeringsuppdrag att ta fram bedömningskriterier för att följa vägen mot ett öppet vetenskapssystem* (2018).
- Vetenskapsrådet och Sveriges universitets- och högskoleförbund, *Inriktningsförslag för organisering av svensk e-infrastruktur för forskning* (2020).
- Västra Götalandsregionen, *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*. Dnr HS 2018–00358 (2018).
- Öman, Sören, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, version 1A (JUNO, 2020).

Webbsidor

- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning,
Skolelevers drogvanor, 2020,
www.can.se/undersokningar/skolelevers-drogvanor/
(hämtad 2021-05-21).
- Direktoratet för e-helse, *Bakgrunn for Helsedataprogrammet*, 2021,
www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/bakgrunn-for-helsedataprogrammet (hämtad 2021-08-10).
- Direktoratet för e-helse, *Hva skal Helsedataprogrammet levere*, 2021,
www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/hva-skall-helsedataprogrammet-levere (hämtad 2021-08-10).
- Direktoratet för e-helse, *Helseanalyseplattformen*, 2021,
www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyse-plattformen (hämtad 2021-08-12).

- E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).
- E-hälsomyndigheten, *Sekundäranvändning av hälsodata – ett EU-perspektiv (2021-03-24)*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-10).
- Europeiska kommissionen, *Ett europeiskt hälsodataområde*, u.å., https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_sv (hämtad 2021-08-11).
- Findata, *Vad är Findata?*, u.å., <https://findata.fi/sv/vad-ar-findata/> (hämtad 2021-07-01).
- Finlex, *Lag om Institutet för hälsa och välfärd*, 2021, <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080668> (hämtad 2021-08-25).
- Folkhälsomyndigheten, *Bra att veta om vaccinationer*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (hämtad 2020-04-03).
- Folkhälsomyndigheten, *Miljöhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/miljohalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).
- Folkhälsomyndigheten *Nationella folkhälsomål och målområden*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden (hämtad 2021-05-06).
- Folkhälsomyndigheten, *Nationella vaccinationsregistret*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsregistret/ (hämtad 2021-05-12).
- Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

- Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2021,
www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/
(hämtad 2021-05-21).
- Folkhälsomyndigheten, *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige ungnkab 15, en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga*, u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/ (hämtad 2021-05-21).
- Folkhälsomyndigheten, *Övervikt och fetma 6–9-åringar*, 2021,
www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/
(hämtad 2021-05-21).
- Graviditetsregistret, *Välkommen till Graviditetsregistret*, u.å.,
www.medscinet.com/gr/default.aspx (hämtad 2021-05-29).
- Graviditetsregistret, *Dokumentarkiv*, u.å.,
www.medscinet.com/gr/dokumentarkiv.aspx
(hämtad 2021-05-29).
- Graviditetsregistret, *Detta är Graviditetsregistret*, 2021,
www.medscinet.com/gr/omregistret.aspx (hämtad 2021-08-20).
- Inera, *Journalen*, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/journalen/ (hämtad 2021-06-24).
- Inera, *Om Nationell patientöversikt – NPÖ*, 2021,
www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/#section-3228 (hämtad 2021-06-10).
- Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vad är THL?*, 2017,
<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl->
(hämtad 2021-08-25).
- Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo)*, 2017,
<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/vardanmalningar-inom-den-oppna-primarvarden-avohilmo-> (hämtad 2021-08-25).

- Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vårdanmälningssystemet (HILMO)*, 2020, [https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/varदानmलningssystemet-hilmo-](https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/varदानmלningssystemet-hilmo-) (hämtad 2021-08-25).
- Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkaten-halsa-i-skolan> (hämtad 2021-08-24).
- Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Välbefinnandet bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/material-och-tjanster/statistikens-kvalitet-och-principer/kvalitetsbeskrivningar/valbefinnandet-bland-barn-och-unga-enkaten-halsa-i-skolan> (hämtad 2021-08-26).
- Joint Action on Health Information (InfAct), *The Project*, u.å., www.inf-act.eu/project (hämtad 2021-08-25).
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *NSG Strukturerad vårdinformation*, u.å., <https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellasamverkansgruppernsg/nsgstruktureradvardinformation.731.html> (hämtad 2021-07-01).
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *Uppföljning och analys*, 2021, <https://kunskapsstyrningvard.se/uppfoljningochanalys.656.html> (hämtad 2021-07-14).
- Nationella kvalitetsregister, *Nationell organisation*, u.å., <https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation.2010.html> (hämtad 2021-05-21).
- Nationella Kvalitetsregister, *Registercentrumorganisationen (RCO)*, u.å., <https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.1992.html> (hämtad 2021-05-21).
- Nationella Kvalitetsregister, *Beräkning av täckningsgrad*, u.å., <https://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/berakningavtackningsgrad.1920.html> (hämtad 2021-05-29).

- Nationella Kvalitetsregister, *Aktörer med nationella uppdrag inom kvalitetsregisterorganisationen*, 2021,
<https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/2organisationochroller/aktorermednationellauppdraginomkvalitetsregisterorganisationen.44662.html>
(hämtad 2021-06-15).
- Nationella Kvalitetsregister, Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA), u.å.,
<https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.1992.html>
(hämtad 2021-06-15).
- PrimärvårdsKvalitet, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2021, <http://primarvardskvalitet.skl.se/>
(hämtad 2021-08-20).
- PrimärvårdsKvalitet, *Anslutningsgrad*, 2021,
<http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.986.html> (hämtad 2021-08-20).
- PrimärvårdsKvalitet, *Kvalitetsindikatorer*, 2021,
<http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer.1091.html>
(hämtad 2021-08-20).
- Region Värmland, *Elevhälsodatabasen – Elsa*, 2019,
www.regionvarmland.se/utveckling-tillvaxt/nya-perspektiv/barn-och-familj/elevhalsodatabasen-elsa/
(hämtad 2021-09-01).
- Sitra, *Användningen av hälsodata behöver särskild EU-lagstiftning*, 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/anvandningen-av-halsodata-behover-sarskild-eu-lagstiftning/ (hämtad 2021-08-16).
- Sitra, *Välfärdsdata från ett och samma ställe – projektet Isaacus byggde grunden*, 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/valfardsdata-fran-ett-och-samma-stalle-projektet-isacus-byggde-grunden/
(hämtad 2021-08-12).
- Sitra, *Samarbetsprojektet TEHDAS*, u.å.,
www.sitra.fi/sv/projekt/samarbetsprojektet-tehdas/#vad-handlar-det-om (hämtad 2021-08-12).
- Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank*, 2016,
<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>
(hämtad 2021-08-20).

- Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019,
www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-08-18).
- Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret*, 2019,
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/tandhalsoregistret/ (hämtad 2021-06-10).
- Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019,
www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).
- Socialstyrelsen, *Ehälsa*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/ (hämtad 2021-06-09).
- Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur*, 2021,
www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/nationell-informationsstruktur/ (hämtad 2021-06-09).
- Socialstyrelsen, *Medicinska födelseregistret*, 2021,
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/medicinska-fodelseregistret/ (hämtad 2021-05-12).
- Socialstyrelsen, *Registret över insatser till barn och unga*, 2019,
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/barn-och-unga/ (hämtad 2021-08-24).
- Socialstyrelsen, *Snomed-ct*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/snomed-ct/ (hämtad 2021-06-09).
- Socialstyrelsen *Klassificering och koder*, 2019,
www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/ (hämtad 2021-06-09).
- Statistiska Centralbyrån (SCB), *Mikrodata för Registret över totalbefolkningen (RTB)*, u.å., www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/bestalla-mikrodata/vilka-mikrodata-finns/individregister/registret-over-totalbefolkningen-rtb/ (hämtad 2021-06-10).
- Sundhetsministeriet, *Fælles indgang til sundhedsdata skal styrke forskning og udvikling*, 2021,
<https://sum.dk/nyheder/2021/marts/faelles-indgang-til-sundhedsdata-skal-styrke-forskning-og-udvikling> (hämtad 2021-07-01).
- Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Om BHVQ*, 2021,
<http://bhvq.se/om-bhvq/> (hämtad 2021-05-17).

- Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret*, u.å., <http://bhvq.se/> (hämtad 2021-04-09 och 2021-05-21).
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Graviditetsenkäten. Resultat 1 december 2020 – 31 mars 2021*, 2021, <https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html> (hämtad 2021-06-15)
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Om Nationella Kvalitetsregister*, 2021, <https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html> (hämtad 2021-06-10).
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Primärvårds kvalitet, uppföljning*, 2021, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> (hämtad 2021-06-15).
- TEHDAS, *Project*, 2021, <https://tehdas.eu/project/> (hämtad 2021-08-13).
- Vårdgivarwebben, Västra Götalandsregionen *Interaktiv årsrapport Barnhälsovården i Västra Götaland*, 2021, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjFmOWMyYjgtNjZhYi00ZDY1LTlmNGMtZjUyN2NkYTlmNzBhIiwidCI6ImZjNjJhMjU1LTQyMjAtNDdlNC05YjVhLTQxOGVlZTMxZGE1ZiIsImMiOiJh9> (hämtad 2021-06-10).
- 1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården*, 2019, www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 2021-06-24).
- 1177 Vårdguiden, *Logga in på 1177 för dig som är mellan 13–17 år*, 2021, www.1177.se/Stockholm/om-1177-varldguiden/e-tjanster-pa-1177-varldguiden/sa-loggar-du-in-pa-1177.se/logga-in-pa-1177.se-for-dig-som-ar-mellan-13-17-ar/ (hämtad 2021-06-24).

Övrigt

Regeringsuppdrag

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer* (dnr S2019/01521/FS).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik* (dnr S2021/05259).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att föreslå hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning* (dnr S2021/03119).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att göra en förstudie om skapandet av en digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister* (dnr 2021/06170).

Regeringsuppdrag till Myndigheten för digital förvaltning, *Uppdrag att etablera ett nationellt ramverk för grunddata inom den offentliga förvaltningen* (dnr I2019/03307/DF).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård* (dnr S2020/03319/FS).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* (dnr S2020/07505).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (dnr S2021/05369).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga* (dnr 2021/06171).

Regleringsbrev

Regleringsbrev avseende budgetåret 2020 för Socialstyrelsen (S2020/03087/RS).

Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (dnr S2020/09593).

Överenskommelser

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till nationella kvalitetsregister 2018.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025 – Nästa steg på vägen.

Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utländska myndighetsdokument

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement [Norge], *Meld.St.9 – Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (2012).

Direktoratet for e-helse [Norge], *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren* (2017, oppdaterat 2019).

Folkehelseinstituttet [Norge], *Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt* (2009).

Institutet för hälsa och välfärd (THL) [Finland], *Övervikt och fetma bland barn och unga 2019*, statistikrapport 31/2020 (2020).
Sundhedsdatastyrelsen [Danmark], *Sundhedsdataprogrammet*, (2015).

Skrivelser m.m.

FN:s kommitté för barnets rättigheter, *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24) (CRC/C/GC/15)*.

Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser* (2019-12-05).

Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Protokoll Ledningsfunktionens möte 2019-10-17*.

Region Östergötland, *Rättsutredning av Nationellt Kvalitetsregister för Elevhälsans medicinska insats (EMQ)* (2019).

Region Östergötland, *Rättsutredning av Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)* (2019).

Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Överväganden om kriterier för kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen* (2019).

Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Svenska barnhälsovårdsregistret* (2020).

Kommittén för teknologisk innovation och etik, skrivelse till regeringen (oktober 2020).

Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan, *Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan – Avsiktsförklaring* (2018).

Regeringskansliet, *En nationell strategi för life science* (2019).

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

Utredaren ska bl.a.

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,

- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitiken omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och

familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer att både primärvården och psykiatrien hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvar för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvar för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän

är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnavårdscentraler. På barnavårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom orga-

nisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan

och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatri och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskomelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att täppa till de luckor som finns i dagens vårdssystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatri ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en

modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barns behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommissionen anser vidare bl.a.

att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetssätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan utformas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i över-

gången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvar för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närståendeperspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

- föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 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 (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatri och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatri har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett

främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

- i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatri i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
- inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön och vad gäller jämlik vård över landet.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

- belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga, och
- belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bl.a. späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift
– rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och
utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård
och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till
psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. Ju.
8. När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jäm-
lik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor
+ Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och
ändamålsenlig användning av
betrodna tjänster i den offentliga
förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd,
säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå
kunskapskraven – aktivt stöd- och
elevhälsoarbete samt stärkt utbildning
för elever med intellektuell funktions-
nedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag
– En ny lag om företagsrekonstruktion.
Ju.
13. En teknikneutral grundlags-
bestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor
– merkostnader i bostad med särskild
service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terrorist-
organisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val
och beslutsfattande i kommuner
och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna.
Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för
hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte
av brottmålsdomar mot tredjelands-
medborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för
samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotin-
produkter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar
utveckling. Fi.
24. Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska
organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra
illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden
– mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett
tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet
av en ny årskurs 1 i grundskolan,
grundsärskolan, specialsolan och
sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen
god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad
lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! ! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]
- Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]
- Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]
- Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]
- En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

Försvarsdepartementet

- Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]
- Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]
- Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]
- En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
- Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]
- Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]
- Kommuner mot brott. [49]
- Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]
- Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]
- Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]
- Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]
- Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]
Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]
Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]
EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]
Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]
Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]
Använd det som fungerar. [26]
I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]
Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]
En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]
Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]
Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]
Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]
Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]
VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]
Tillgänglighetsdirektivet. [44]
Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]
Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. [69]
Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
Utbildningsdepartementet
Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]
Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...

Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen

– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]

Högskoleprovets organisation och styrning. [72]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Våxel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0222-8 ISSN 0375-250X

557 (1162)

Ömslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg



15

Svar på remiss angående
SOU 2021:80 Reglering av
privata
sjukvårdsförsäkringar
21RS10025

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10025

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss angående SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna förslag till svar som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Örebro län har fått möjlighet att svara på den statliga offentliga utredningen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar, SOU 2021:80.

Utredningen har bland annat sett över och lagt fram förslag inom området privata sjukvårdsförsäkringar, dess konsekvenser för offentlig hälso- och sjukvård och hur det kan säkerställas att privata sjukvårdsförsäkringar inte ger fördelar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag syftar till en ökad kunskap och kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar, med syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för alla. Utredningen menar att frågor kring privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade och anser att det innebär att både staten och regionerna behöver ta ett större ansvar över området.

Region Örebro län ställer sig positiv till de föreslagna lagändringarna, men ifrågasätter varför den nationella väntetidsdatabasen inte ska innehålla uppgifter om privat finansierad vård.

Ärendebeskrivning

Utredningen lägger fram flera förslag, bedömningar och rekommendationer. Här följer ett sammandrag av utredningens förslag.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10025

Utredningen lägger fram förslag som handlar om finansiering av hälso- och sjukvård och skyldighet för regioner att ställa krav på och följa upp privata vårdgivare.

Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas regler om hur hälso- och sjukvården får finansieras. Enligt förslaget ska, om inte annat följer av lag, den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om patientens avgifter.

För vårdgivare med andra uppdragsgivare än vård en region, ska det i avtalet mellan vårdgivare och regionen framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. Utredningen lägger även förslag som rör att anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister bland annat ska avse uppgifter om hur vården är finansierad och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare hur den vården i sådana fall är finansierad. Vårdgivarna ska rapportera in finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister. Utredningen föreslår även att arbetsgivare ska särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar, på individnivå, till Skatteverket. Utredningen föreslår även att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges i uppdrag att följa upp och analysera utredningens förslag.

Region Örebro anser att utredningens slutsats att det behövs en ökad kunskap och kontroll i frågor som rör privata sjukförsäkringar framstår som välgrundad. Regionen tillstyrker de föreslagna lagändringarna, men ställer sig dock frågande till varför inte den nationella väntetidsdatabasen ska innehålla uppgifter om privat finansierad vård.

Utredningen föreslår att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser.

Utredningen skriver att förslagen kan innebära en viss ökad administrativ börda och därmed ökade kostnader för regioner, vårdgivare och myndigheter. Den bedömning som utredningen lämnar är dock att hälso- och sjukvården



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10025

påverkas i positiv riktning då förslagen väntas leda till förbättrade
förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård.

Enligt utredningen är förslaget om att den offentliga vården endast ska få
finansieras med offentliga medel framför allt ett förtydligande av i dag gällande
bestämmelser och hur det fungerar redan i dag. Utredningen menar att förslaget
inte borde innebära ökade kostnader för regionerna.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-01-21
Förslag till yttrande
Remissen, SOU 2021:80

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet, s.remissvar@regeringskansliet.se



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2022-01-21

Beteckning
Dnr: 21RS10025

Er beteckning:
S2021/06996

Regeringskansliet, Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Svar på remiss avseende Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80)

Region Örebro län (Regionen) har fått möjlighet att svara på remiss från Socialdepartementet avseende utredningen Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80) och vill med anledning av detta lämna följande synpunkter.

Regionen anser att frågor som rör privata sjukförsäkringar behöver belysas och regleras. Utredningens slutsats att det behövs en ökad kunskap och kontroll i frågor som rör privata sjukförsäkringar framstår som välgrundad. Regionen kan instämma i att staten behöver ta ett större ansvar och ange de rättsliga ramarna, samt ge förutsättningar för regioner och vårdgivare att verka för en god och patientsäker vård enligt behovs- och solidaritetsprincipen. Regionen tillstyrker de föreslagna lagändringarna, men ställer sig dock frågande till varför inte den nationella väntetidsdatabasen ska innehålla uppgifter om privat finansierad vård.

För Region Örebro län

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

– ökad kunskap och kontroll

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR
563 (1162)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:80

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

– ökad kunskap och kontroll

Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:80

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Foto: Julia Norsk

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0227-3 (tryck)

ISBN 978-91-525-0228-0 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen tillsatte den 20 augusti 2020 en särskild utredare med uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Vidare fick utredaren i uppdrag att föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget har också ingått att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Som särskild utredare förordnades från och med den 20 augusti 2020 chefsjuristen Karin Lewin. Utredningen har antagit namnet *Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar*.

Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 28 september 2020 t.o.m. den 30 september 2021 stabschefen Mats Nilsson. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 1 oktober 2020 tf kammarrättsassessorn Alexandra Bräf och juristen Anton Lesse.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 kanslirådet Lisa Englund Krafft, kanslirådet Linnea Källqvist, departementssekreteraren Carl Nilsson och ämnesrådet Eva Willman Kullén. Lisa Englund Krafft entledigades den 20 juni 2021.

Som experter till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 chefsjuristen Linda Almqvist, vice ordföranden Karin Båtelson, juristen Linnea Eriksson, seniora ekonomen Eva Erlandsson, utredaren Ulrika Lorentzi, konkurrensrådet Leif Nordqvist, utredaren Olle

Olsson, projektdirektören Joakim Ramsberg, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, professorn Mikael Sandlund och sakkunniga Ingrid Schmidt.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som har bidragit i arbetet med betänkandet. Ett särskilt stort tack riktas till professorn Shirin Ahlbäck Öberg, professorn Joakim Palme och docenten Paula Blomqvist, samtliga tre vid den Statsvetenskapliga Institutionen i Uppsala, professorn Ulrika Winblad och doktoranden Linn Kullberg, båda vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala, professorn Anna-Sara Lind, vid den Juridiska Institutionen i Uppsala, professorn Mårten Palme vid den Nationalekonomiska Institutionen i Stockholm, professorn Nils-Eric Sahlin vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund, professorn Lars Sandman vid Institutionen för hälsa, medicin och vård i Linköping samt professor emeritus Kjell Asplund. Ett särskilt tack riktas också till European Observatory on Health Systems and Policies som har lämnat bidrag till utredningens internationella utblick.

Utredningens expertgrupp har under utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

I och med detta betänkande är uppdraget avslutat. Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*.

Stockholm i september 2021

Karin Lewin

/Alexandra Braf
Anton Lesse
Mats Nilsson

Innehåll

Sammanfattning	21
Summary	35
1 Författningsförslag.....	51
1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	51
1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	53
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen	55
1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)	56
1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261).....	58
1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.....	61
2 Utredningens uppdrag och arbete.....	63
2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet.....	63
2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet	63
2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet.....	64
2.1.3 Beredskap för ytterligare åtgärder	65

2.2	Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget	65
2.2.1	Uppdraget.....	65
2.2.2	Bakgrunden till uppdraget	66
2.3	Utredningens tolkning av uppdraget	68
2.3.1	Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården.....	68
2.3.2	En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion.....	70
2.4	Utredningens arbete.....	73
2.4.1	Inläsning, insamling och dialoger.....	73
2.4.2	Expertgrupp och sammanträden	75
2.5	Begrepp som används i betänkandet	75
3	Gällande rätt	87
3.1	Inledning	87
	Hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning.....	88
3.2	Regeringsformen	88
3.3	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	88
3.3.1	Inledning.....	88
3.3.2	Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård.....	90
3.3.3	Regionens ansvar som huvudman	92
3.3.4	Avtal med annan om överlämnande av uppgifter	93
3.3.5	Regionerna och vårdgarantin.....	97
3.4	Patientlagen (2014:821)	98
3.5	Patientsäkerhetslagen (2010:659).....	100
3.5.1	Vårdgivarens ansvar vid vårdskada	102
3.5.2	IVO:s tillsyn.....	103
	Lagstiftning som särskilt berör regionerna	103
3.6	Kommunalrätt.....	105
3.6.1	Regeringsformen.....	105
3.6.2	Grundläggande kommunalrättsliga principer.....	105

3.6.3	Den kommunala självstyrelsen	107
3.6.4	Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter.....	109
3.6.5	Lagen om vissa kommunala befogenheter	110
3.7	Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare	111
3.7.1	Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare	111
3.7.2	Upphandlingsrättsliga begrepp och principer	112
3.7.3	Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen.....	114
3.7.4	Valfritetssystem enligt LOV.....	115
3.7.5	Upphandling enligt LOU	116
3.7.6	Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.....	117
3.8	Bisysslor.....	118
3.8.1	Förtroendeskadliga bisysslor	119
3.8.2	Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal.....	120
	Lagstiftning som berör skydd och rättigheter.....	123
3.9	Rätten till egendomsskydd	123
3.9.1	Europakonventionen.....	125
3.9.2	EU:s rättighetsstadga	125
3.10	Rätten till näringsfrihet	126
3.11	Skydd för den personliga integriteten	127
3.12	EU:s dataskyddsförordning	128
	Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess	129
3.13	Regler kring hälsodataregister m.m.	129
3.13.1	Patientregistret	130
3.13.2	Vårdgivarregistret	131
3.13.3	Kvalitetsregister	132
3.13.4	Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR.....	133
3.13.5	Uppgifter hos SCB	133
3.14	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)	134
3.14.1	IVO	134

3.14.2	Socialstyrelsen	135
3.14.3	Regionerna.....	135
	Lagstiftning som rör skatterätt	136
3.15	Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar	136
3.15.1	Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner.....	138
3.15.2	Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket	141
4	Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	143
4.1	Inledning	143
4.2	Tidigare regleringar och överväganden	144
4.3	Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten.....	145
4.3.1	Välfärdsutredningen.....	145
4.3.2	Utredningen om ökad insyn i välfärden	146
4.3.3	Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård	146
4.3.4	Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus.....	147
4.3.5	Utredningen om styrning för en mer jämlik vård.....	147
4.3.6	Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar.....	148
4.3.7	IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar.....	151
4.4	Pågående uppdrag.....	155
4.4.1	Tillgänglighetsdelegationen.....	155
5	Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar	159
5.1	Inledning	159
5.2	Vad är en försäkring?	159

5.3	Vad är en privat sjukvårdsförsäkring?	161
5.4	Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar.....	162
5.4.1	Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare ...	163
5.4.2	Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.....	163
5.4.3	Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar	169
5.4.4	Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna	170
5.5	Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?.....	170
5.6	Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna.....	172
5.7	Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar.....	175
5.8	Användare av privata sjukvårdsförsäkringar.....	177
5.8.1	Antalet försäkringstagare.....	177
5.8.2	Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar	179
5.8.3	Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund	185
5.9	Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar.....	188
5.10	Slutsatser och sammanfattning	190
6	Ansvaret för hälso- och sjukvården.....	193
6.1	Delat ansvar mellan staten och regionerna.....	193
6.2	Regionens ansvar för hälso- och sjukvården	194
6.2.1	Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare	194
6.2.2	Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare.....	195
6.3	Finansieringen av hälso- och sjukvården	197

6.4	Olika kategorier av drift av vård	199
6.4.1	Regionen bedriver vård i egen regi.....	200
6.4.2	Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman	202
6.4.3	Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman	202
6.4.4	Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman	203
6.4.5	Vårdgivare med flera uppdragsgivare	207
6.4.6	Avtalsförfarandet vid regionens upphandling	208
6.5	Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen.....	211
6.5.1	Lagbestämmelser om avtal och uppföljning	211
6.5.2	Vägledning till regionerna från olika aktörer	213
6.5.3	Skillnader mellan avtalen	216
6.5.4	Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen	218
6.6	Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning	221
6.6.1	Beskrivning av undersökningen	221
6.6.2	Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven.....	230
6.6.3	Slutsatser av undersökningen	232
6.7	Slutsatser och sammanfattning	233
7	Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar	235
7.1	Brist på information om privatfinansierad vård.....	235
7.2	Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare	237
7.3	Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården	238
7.4	Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter.....	238
7.5	Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården	239

7.6	Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården.....	240
7.6.1	Register som innehåller uppgifter om finansieringsform.....	242
7.7	Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider.....	243
7.8	Slutsatser och sammanfattning	246
8	Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen.....	247
8.1	Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna	247
8.2	Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen.....	250
8.2.1	Riksdagsbeslut om etiska plattformen	250
8.2.2	Lagtext om etiska plattformen	251
8.2.3	Förarbeten m.m. om etiska plattformen	251
8.3	Tillsyn över målbestämmelserna.....	276
8.4	Socialstyrelsens Nationella riktlinjer	277
8.5	Vård- och omsorgsanalys rapporter.....	280
8.6	Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen	284
8.7	Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen	285
8.8	Slutsatser och sammanfattning	289
8.8.1	Det medicinska behovet ska styra	289
8.8.2	Olika tidsgränser för väntan på vård	292
9	Regionernas hantering av bisysslor	295
9.1	Regionernas ansvar att hantera bisysslor.....	295
9.1.1	KPMG:s granskning av Västra götlandsregionen.....	296
9.1.2	PWC:s granskning av region Gävleborg	297
9.1.3	Internrevision i Region Värmland	297
9.1.4	PWC:s granskning av region Västmanland.....	298
9.1.5	PWC:s granskning av region Skåne.....	299
9.1.6	Statskontorets rapport om bisysslor	300

9.1.7	Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal.....	301
9.1.8	Granskningar i media.....	301
9.2	Slutsatser och sammanfattning.....	302
10	Internationell utblick.....	303
10.1	Inledning.....	303
10.2	Utredningens metod för utblicken.....	304
10.3	Norge.....	305
10.3.1	Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge.....	305
10.3.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge.....	306
10.4	Finland.....	308
10.4.1	Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland.....	308
10.4.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland.....	309
10.5	Danmark.....	311
10.5.1	Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark.....	311
10.5.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark.....	312
10.6	Kanada.....	315
10.6.1	Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada.....	315
10.6.2	Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada.....	317
10.7	Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder.....	321
10.8	Slutsatser och sammanfattning.....	322
10.8.1	Hälso- och sjukvårdssystem.....	323
10.8.2	Privata sjukvårdsförsäkringar.....	323
10.8.3	Slutsatser.....	326
11	Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.....	331
11.1	Inledning.....	331

11.2	Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar.....	332
11.2.1	Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar	332
11.2.2	Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter	333
11.3	Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården.....	335
11.3.1	Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården	335
11.3.2	Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården	340
11.3.3	Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider	342
11.3.4	Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion ..	346
11.3.5	Påverkan på utbildningsplatser och innovation...	347
11.3.6	Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården	349
11.4	Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar.....	353
11.4.1	Inledning	353
11.4.2	Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning	357
11.4.3	Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården.....	359
11.4.4	Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning	361
11.4.5	ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet	363
11.5	Slutsatser och sammanfattning	365
12	Överväganden och skäl för förslag.....	369
12.1	Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	369
12.1.1	Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.....	370

12.1.2	Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	371
12.1.3	Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	377
12.1.4	Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	378
12.1.5	Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	379
12.1.6	Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar	379
12.1.7	Sammanfattning	380
12.2	Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården	381
12.3	Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen	384
12.3.1	Inledning	384
12.3.2	Välfärdsmodeller	384
12.3.3	Närmare om den nordiska välfärdsmodellen	386
12.3.4	Den svenska välfärdsmodellens utmaningar	386
12.4	Intresseavvägning	390
12.5	Utredningens skäl för förslag	391
13	Utredningens förslag	397
13.1	Inledning	397
13.2	Etiska plattformen och privatfinansierad vård	398
13.2.1	Det medicinska behovet ska styra	398
13.2.2	Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen	399
13.3	Finansiering av hälso- och sjukvården	402
13.3.1	Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas	402
13.3.2	Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås	404
13.3.3	Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel	407

13.3.4	Följsamhet till de nya bestämmelserna	408
13.4	Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare	408
13.4.1	Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning.....	409
13.4.2	Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare	411
13.4.3	Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården.....	414
13.4.4	Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren	420
13.4.5	Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen	422
13.4.6	I nuläget behövs inte mer detaljerade regler	423
13.4.7	Tillsyn över de nya bestämmelserna.....	425
13.4.8	Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan	427
13.5	Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen	427
13.6	Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården.....	430
13.6.1	Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar	431
13.6.2	IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen ...	432
13.6.3	Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården	436
13.6.4	Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret	437
13.6.5	IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad.....	441
13.6.6	Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar.....	442
13.6.7	Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret	443
13.6.8	IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer.....	446
13.7	Uppgift om finansieringsform i patientregistret	450

13.7.1	Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret	451
13.7.2	Konsekvenser för den personliga integriteten	453
13.8	Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister	457
13.9	Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas	460
13.10	Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård	463
13.10.1	Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag	464
13.10.2	Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård.....	467
13.11	Regionernas hantering av bisysslor	468
14	Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor	471
14.1	Uppföljning av utredningens förslag.....	471
14.2	Framtida utredningsfrågor	474
14.2.1	Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort	475
14.2.2	Mer kontroll i form av regeländringar	479
15	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	483
15.1	Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården.....	484
15.2	Förslaget om nya avtalsvillkor	485
15.2.1	Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet.....	485
15.2.2	Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet	485
15.2.3	Avtal som ingås efter ikraftträdandet	487
15.3	Förslaget om IVO:s vårdgivarregister.....	487

15.4	Förslaget om ändring i IVO:s instruktion	488
15.5	Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite	488
15.6	Förslaget om patientregistret	490
15.7	Förslaget om särredovisning	490
16	Konsekvensanalys.....	491
16.1	Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar	491
16.2	Vilka berörs av utredningens förslag?.....	492
16.2.1	Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag.....	492
16.2.2	Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare	493
16.3	Konsekvenser för enskilda	497
16.4	Konsekvenser för regioner	498
16.4.1	Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården	498
16.4.2	Förslaget om nya avtalsvillkor	498
16.4.3	Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret	500
16.4.4	Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret.....	501
16.4.5	Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO	502
16.5	Konsekvenser för företag m.m.	503
16.5.1	Privata vårdgivare.....	503
16.5.2	Försäkringsbolagen	508
16.5.3	Arbetsgivare	509
16.5.4	Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårds- försäkring	512
16.6	Ekonomiska konsekvenser för staten.....	512
16.6.1	Socialstyrelsen.....	512
16.6.2	IVO	513

16.6.3	Skatteverket.....	514
16.6.4	Domstolar.....	515
16.6.5	SCB	515
16.7	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	516
16.7.1	Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården.....	516
16.7.2	Förslaget om nya avtalsvillkor.....	517
16.7.3	Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret.....	520
16.8	Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet	521
16.8.1	Förslagens förenlighet med unionsrätten.....	521
16.8.2	Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet	522
16.8.3	Konsekvenser för jämställdhet.....	524
16.8.4	Övriga konsekvenser	524
17	Författningskommentar	525
17.1	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	525
17.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	526
17.3	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.....	530
17.4	Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)	531
17.5	Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)	532
17.6	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg	533

Särskilt yttrande	535

Referenser	545

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:83	565

Sammanfattning

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 alltså 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

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

Olika frågor med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för flera överväganden de senaste decennierna i samband med lagstiftningsarbeten. Privata sjukvårdsförsäkringar är alltså 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 gräddfil 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 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”. Utred-

² För en beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

ningen 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 bör ges möjlighet men också 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. 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 anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister rörande frågor om privata sjukvårdsförsäkringar och om att IVO får möjlighet att

besluta om föreläggande med vite för det fall anmälningsskyldigheten 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. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

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 patientsäkerhets-

risker 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 offentlig-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,

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

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 vård-

arbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram framför allt för att hantera 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 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

⁴ IVO förstudie (2020).

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.

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

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 välfärdssamhället.

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

⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3.

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 ersättningstak 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 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 aktiva och medvetna beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i olika frågor som rör privata sjukvårds-

⁶ En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. 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.

försäkringar. Staten bör ta ett större ansvar och ange de rättsliga ramarna samt 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 välfärds-samhället 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 hur den etiska plattformen ska tolkas 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 offentligfinansierade 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 i stället 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 vårdgivar-

register. 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 huvudmannaansvar. 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 sjukvårdsförsäkringarna. 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.

Summary

A brief summary – voluntary private health insurances should be regulated

Healthcare in Sweden is in large part a public responsibility where the regions are those primarily responsible for the funding and the provision of the healthcare. The majority of healthcare in Sweden is conducted by public healthcare providers, and is publicly funded. There are also a large number of private healthcare providers that provide healthcare to the public at the request of the regions, in accordance with a contract with the region. The regions are still responsible for this healthcare as the principal (sw: *huvudman*) of it, and this healthcare is also publicly funded.

Furthermore, there are some forms of privately funded healthcare. These are, however, of a marginal scope. Privately funded healthcare is mainly run by private healthcare providers. The regions are not principals of the privately funded healthcare. The principalship is regulated in the Swedish Health and Medical Services Act (2017:30) (sw: *hälso- och sjukvårdslagen*) and means that the region keeps the overall responsibility over healthcare that has been contracted out to a private healthcare provider. A private healthcare provider can choose to only provide publicly funded healthcare, to only provide privately funded healthcare, or to provide both publicly and privately funded healthcare. It is only the publicly funded healthcare that the region is principal of, regardless of whether the healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare.

The number of persons having voluntary private health insurance has increased during the 21st century. As of today, around 690 000 persons in Sweden have voluntary private health insurance. Health-

care funded by voluntary private health insurances is estimated to amount to around 0,7 percent of the total spending on healthcare.¹

Voluntary private health insurances have been subject to multiple considerations during the last decades in connection to different legislative efforts. It is still the subject of rather intense debate. Recently, the debate has focused on what effect voluntary private health insurances have on healthcare and society, as a whole. The debate has also focused on whether voluntary private health insurances are compatible with the Health and Medical Services Act and the fundamental principles stipulated in that act, such as the ethical platform for prioritising in healthcare (below called the ethical platform). In the public debate it is sometimes expressed that there is a risk that patients with voluntary private health insurance “jump the queue” and that the voluntary private health insurance is “a gravy train” for those patients that have such insurance.

With more people getting voluntary private health insurance, the Swedish Government has expressed its concern about the situation at hand. In the terms of reference to this Inquiry² the Government states that it is vital that the legislation, as far as possible, guarantees that the fundamental principles of Swedish healthcare aren’t overridden. The Inquiry should therefore:

- describe the crowding out effects, or the risks of such effects, that voluntary private health insurances have caused in the healthcare system,
- propose legislation, or other measures, that, as far as possible, guarantees that patients with voluntary private health insurance do not get faster access to healthcare, or better healthcare, in the publicly funded healthcare system than patients without such insurances, and
- propose legislation which entails restrictions regarding how healthcare, provided in accordance with a contract with a region, can be funded.

In this report the Inquiry describes, from a legal perspective, what applies in terms of payment of healthcare with voluntary private

¹ In 2019 the spending on healthcare from voluntary private health insurances amounted to SEK 3,6 million, and the total spending amounted to SEK 549 million.

² Dir. 2020:83.

health insurance. The Inquiry sorts out the descriptions of “jumping the queue” and “having a gravy train”. Furthermore, the Inquiry will describe what it means when healthcare providers have a so-called “mixed form”. The Inquiry states which terminology is being used instead of the aforementioned descriptions. The Inquiry, furthermore, describes how voluntary private health insurances can affect the healthcare system and society, as a whole, and reasons about different so-called “crowding out effects”.

The Inquiry has taken a legal approach to describe and analyse questions regarding voluntary private health insurances. The Inquiry notes that this subject is largely unregulated. The lack of appropriate and clear legislation and regulations have created legal uncertainty.

The Inquiry’s conclusion is that the central government and the regions need to take greater responsibility regarding voluntary private health insurances, in order to guarantee all patients a good and patient-safe care. The central government should take responsibility by providing a clear legal framework and by ensuring an effective supervision of the provision of healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The central government should also enable access to data and knowledge regarding payment of healthcare with voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation, in their healthcare oversight capacity (as principals), to ensure good and patient-safe care for publicly funded patients, by making demands on and by following up the healthcare providers that, apart from the regions, also have other contracts with other entities. Increased knowledge will lead to a clearer legal situation for the healthcare providers, but also for the patients and the public, regarding how the rules are supposed to be interpreted and applied.

Given the Inquiry’s conclusions, the Inquiry proposes a regulation which entails restrictions regarding when healthcare can be privately funded. Furthermore, the Inquiry proposes regulations intended to guarantee that patients with voluntary private health insurances don’t receive care in violation of the fundamental principles about *healthcare on equal terms for the entire population* and that *the person with the greatest need for care should be given priority to care*.

The Inquiry also proposes legislation that will widen the obligation to register in the Health and Social Care Inspectorate’s health-

care provider registry (sw: *vårdgivarregister*). The Inquiry furthermore proposes that the Health and Social Care Inspectorate should be given the possibility to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the health-care provider registry.

The Inquiry also proposes that different registers and databases should entail information regarding form of financing for health-care.

The over-all purposes of the proposals are two-fold: guarantee a good and patient-safe care, that is in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation, and to increase the knowledge about voluntary private health insurances and their effects. By doing this, the public's trust in the healthcare, and in the welfare state, can be strengthened. By the Inquiry's proposals the legal situation regarding questions about voluntary private health insurances will be clearer.

The Inquiry furthermore proposes that the effects of the proposals in this report should be reviewed. This assignment should be given as soon possible, in order to initiate the review. During this work, it should be considered whether further measures, and if so which measures, should be taken regarding matters of voluntary private health insurances.

In the following a more detailed summary of the Inquiry's report is presented, containing the Inquiry's conclusions, considerations, and proposals.

A more detailed summary of the report

A neutral conceptual apparatus is needed for the discussion to be objective

In the debate about voluntary private health insurances there are differing ideological perspectives regarding the consequences of those insurances, and how they affect the public's view on healthcare and society. In order to give as neutral and correct a description as possible, the Inquiry uses legal, and other neutral terminology. This is also done in order to avoid any valuation of the terms from the readers. In the following there is a description of the most common and important terms and descriptions in the report.

The region, as *principal* (sw: *huvudman*), is responsible for providing and financing the healthcare. In accordance with the principle of local self-government, the region has the ability to choose whether to provide the healthcare itself, in their capacity as a healthcare provider, or to contract out the healthcare to others, e.g. private healthcare providers. Should a region choose to outsource a certain task, which otherwise would have been performed by the region, the region still has the over-all responsibility for the healthcare provided. The principalship contains an obligation to, in addition to providing healthcare (either through the regions' own healthcare providers, or by contracting the healthcare to private healthcare providers), finance, organize and plan the healthcare. Both the regions, in their capacity as principals, and the contracted private healthcare providers, are responsible for conformity to the rules. The healthcare provided by the region itself, and the healthcare provided by a private healthcare provider in accordance with a contract with the region, is *publicly funded*.

A private healthcare provider can provide healthcare on behalf of different *clients* (sw: *uppdragsgivare*), such as different regions, patients who pay directly for their care (in cash for example), and insurance companies. It is only the healthcare that is provided in accordance with a contract with a region (i.e. on behalf of the region) that is publicly funded. Healthcare provided on other grounds is *privately funded*. When a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare, due to different contracts with different entities, the Inquiry primarily uses the description that the healthcare provider has different clients or different contracts with different entities. The term dual practice is also used to some extent. In the public debate the term "mixed form" sometimes is used. The Inquiry, however, avoids this word.

A *voluntary private health insurance* is an insurance that pays for certain care. Currently, voluntary private health insurance in Sweden is focused primarily on offering short waiting times. In other countries, the insurances can be focused on other aspects, such as better-quality care, or care that is not offered by the public healthcare. As far as the Inquiry has been able to find, voluntary private health insurances don't exist in the publicly funded healthcare, regardless of whether it is a public healthcare provider or a private one.

The Inquiry avoids the terms “queue”, “jumping the queue”, “faster access to care” and “gravy train”. Instead, the Inquiry describes what is meant, primarily on the basis of *the ethical platform*, and the provisions in the Health and Medical Services Act, regarding healthcare on equal terms for the entire population and that the person with the greatest need for care should be given priority to care (the so-called needs-solidarity principle). The Inquiry uses the term *good and patient-safe care* to describe the overall objectives and rules that applies to all healthcare.

One important word that is used in the report, that is also mentioned in the terms of reference, is voluntary private health insurances’ *effects*. The Inquiry uses the term consequences synonymously. One type of effect is if the provisions in the Health and Medical Services Act are not followed, e.g. healthcare is provided in a way that means that the person with the greatest need for care isn’t given priority. This could cause risks in regard to patient-safety, such as missed care (i.e. injuries occurring due to the fact that a patient isn’t given care, in time or at all). Effects from voluntary private health insurances can also be both positive and negative regarding the capacity of the healthcare (i.e. the healthcare provider’s ability to provide care), the patients’ demand on healthcare, the quality of the healthcare, and different so-called crowding out effects. Furthermore, voluntary private health insurances can affect the support of the public healthcare system and the welfare society.

Lack of information makes it hard to describe voluntary private health insurances and their effects

There are no rules that enable the collection of data regarding the financing of healthcare, especially the privately funded healthcare. Because of this, there also is no national information infrastructure regarding things such as how much of healthcare that is paid through voluntary private health insurances, which healthcare providers provide healthcare that is paid through insurances, which kinds of care are paid through insurances, or how many and which patients get their care paid through insurances. The lack of official data has made it difficult for the Inquiry to describe how voluntary private health insurances work. It has also been difficult to get a hold of facts to describe which effects voluntary private health insurances have on

the healthcare and on society as a whole. Furthermore, the lack of data causes difficulties for the regions in their enforcement of the contracts with private healthcare providers. The Health and Social Care Inspectorate (sw: *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*) also faces difficulties in their supervision of the healthcare due to the lack of data.

Matters regarding voluntary private health insurances are unregulated

The Inquiry notes that there is a general lack of regulations surrounding voluntary private health insurance matters. There are no public law regulations regarding such insurances.³ A level of clarity and predictability is missing regarding for example questions on how the healthcare can be funded (publicly and/or privately), the healthcare providers' obligations in regard to the needs-solidarity principle, the principals' responsibilities when healthcare is provided by private healthcare providers, the Health and Social Care Inspectorate's supervision regarding voluntary private health insurances, and data regarding voluntary private health insurances.

There are, however, some regulations, for example in the Health and Medical Services Act and the Patient Safety Act (2010:659) (sw: *patientsäkerhetslagen*), that are applicable to all healthcare, regardless of form of operation and financing (i.e. regardless of if it's a private or public healthcare provider and if it's privately or publicly funded). There are no exceptions to these regulations regarding healthcare paid by voluntary private health insurances. There is also, however, practically no consideration given to private healthcare (private healthcare providers as well as privately funded healthcare) in the legislative history of the regulations. The lack of appropriate and clear regulations has created an uncertainty regarding the legal position.

³ There are regulations in the insurance law, and about the Swedish Financial Supervisory Authority's (sw: *Finansinspektionen*) supervision of the insurance companies. Furthermore, there are regulations regarding the taxation of voluntary private health insurances.

The patient's need for medical care is what should decide

The provisions in the 3rd chapter of the Health and Medical Services Act applies to all healthcare providers, both public and private, and to all healthcare, both publicly and privately funded. One of these provisions states that the patient with the greatest need for medical care should be given priority. This provision is thus applicable also when a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare. The Inquiry has taken a legal approach, and has reviewed the legislation, the legislative history etc. The Inquiry cannot find anything that suggests that it isn't allowed with differing waiting times. The National Guaranteed Access to Healthcare (sw: *vårdgarantin*) and the contractually stipulated waiting times are, however, subordinate to the needs-solidarity principle.

Whether a healthcare provider in a specific situation has acted in accordance with the needs-solidarity principle or not is a task for the Health and Social Care Inspectorate and the regions to investigate. Both the supervisory authority and the regions, in their capacity as principals, are responsible for guaranteeing good and patient-safe care. This Inquiry has not been able to audit if and how the private healthcare providers are acting in accordance with the regulations in the Health and Medical Services Act.

The needs-solidarity principle is intended to provide guidance both on a comprehensive level, in order to allocate the common resources, considering these are not enough to give "everything to everyone", as well as on a more direct level, in the actual healthcare providing situations. The principle, therefore, contains a high degree of complexity. The ethical platform was also established in order to address priorities in publicly funded healthcare, i.e. not in privately funded healthcare. Thus, although the principles apply to both public and private healthcare providers, these providers operate under different conditions. Several actors have pointed out problems of interpretation with the ethical platform, and that it needs to be reviewed.

Guidance from the regions and the authorities is missing

The regions have, in their capacity as principals, a responsibility for the care provided by private healthcare providers in accordance with a contract with the region. The regions direct the private healthcare providers through the contracts and the procurement law regulations. The investigation made by the Inquiry shows that some, but not all, regions regulate matters regarding voluntary private health insurances in the contracts with private healthcare providers.

The Health and Social Care Inspectorate hasn't supervised matters relating to voluntary private health insurances and how these can affect the healthcare. There are therefore no precedents or advisory decisions from the supervisory authority. Nor are there any other guidance or advisory documents from other authorities, such as the National Board of Health and Welfare (sw: *Socialstyrelsen*).

Thus, there is a lack of conforming guidance from the regions and from the authorities regarding how private healthcare providers should act in matters regarding voluntary private health insurances, especially in a situation where the private healthcare providers have different contracts, stipulating different waiting times, with different entities.

Voluntary private health insurances can affect the healthcare and society in general

The Inquiry, in accordance with the terms of reference, describes voluntary private health insurances' effects on the healthcare and on society as a whole, in regard to both so-called crowding out effects and other consequences. The description is mostly based on two reports from Swedish authorities. In a feasibility study report from 2020 the Health and Social Care Inspectorate describes the risks regarding patient-safety that can arise, due to voluntary private health insurances. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (sw: *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*) analyses possible risks as well as potentials with voluntary private health insurances, in regards to both the public and the system, in its report 2020:3.

Apart from these reports there is not much research or other material which describes voluntary private health insurances and

their effects on the healthcare in Sweden. For example, the Inquiry has not been able to find any specific reports regarding voluntary private health insurances and actual crowding out effects. There are, however, several reports on crowding out effects in the healthcare in general. These are, to some extent, relevant for the question about crowding out as an effect of voluntary private health insurances.

The regions' management of complementary employment are in parts lacking

When healthcare personnel provide healthcare funded by voluntary private health insurances it can cause effects on healthcare, due to the fact that the healthcare resources are limited, among other reasons. Employees in public healthcare can have complementary employment with private healthcare providers, which have contracts with insurance companies and thus provides healthcare funded by voluntary private health insurances. These complementary employments are subject to rules regarding complementary employment, that the regions, in their capacity as employers, are responsible for implementing and following. The Inquiry has reviewed several audit reports, which show that the regions are somewhat lacking in their compliance with the rules regarding complementary employment. The lack of compliance could result in a decrease of the public's trust in the healthcare system.

International outlook

The Inquiry has conducted a brief international environmental scan regarding voluntary private health insurances, in order to increase the knowledge of how these matters can be handled. Norway, Denmark, Finland, and Canada have been included. The development and the regulations surrounding voluntary private health insurances in the Nordic countries are, in large, similar to the development and regulations in Sweden. The number of insurance holders in the countries differ, though. In Norway 12 percent of the population have voluntary private health insurance, in Finland the insurance holders are 24 percent of the population, in Denmark 44 percent, and in Sweden it is 6,5 percent.

In Canada, there are some different regulations that restricts how healthcare can be funded by voluntary private health insurances. There is a ban on dual practice, meaning that the physicians cannot operate in the publicly and the privately funded healthcare, but need to opt-out of one. So-called *supplementary* voluntary private health insurances are almost non-existent in Canada, due to a ban in several regions. This ban has been subject to a court decision from the Supreme Court, and has since been somewhat relaxed. There are furthermore, in some regions/territories, a regulation regarding a cap on remunerations, that are applicable in both the public and the private system. Around 69 percent of the population, however, have *complementary* voluntary private health insurance.

The government and the regions need to take more responsibility for voluntary private health insurances

There aren't any decisions from the Riksdag (the Swedish Parliament) or the Government, such as legislation or other regulations, about enabling or prohibiting payment of healthcare through voluntary private health insurances. Matters regarding voluntary private health insurances are therefore almost completely unregulated. The existing regulations, foremost in the Health and Medical Services Act, are not adapted to the development of voluntary private health insurances, and the Inquiry feels that the regulations, therefore, are not appropriate. The regulations are lacking in clarity and predictability regarding, for example, the funding of healthcare, the healthcare providers' responsibilities and obligations according to the Health and Medical Services Act (e.g. in regards to the needs-solidarity principle), the principals' responsibilities for healthcare provided by private healthcare providers, and the Health and Social Care Inspectorate's supervision in connection to voluntary private health insurances. The existence of voluntary private health insurances connects to basic healthcare matters, such as how healthcare should be funded and matters of accessibility to healthcare.

An active, conscious, decision from the Riksdag and the Government, regarding what should apply to the funding of healthcare with voluntary private health insurances is needed. In order to work towards good and patient-secure care, the government needs to take greater responsibility, establishing the legal framework, and give the

regions and the healthcare providers the prerequisites they need. Clarity in the regulations is required in order for the regions and healthcare providers to meet the challenges surrounding healthcare, and to achieve the goals for healthcare, laid out in the Health and Medical Services Act. Even though the regions, in accordance with the self-governing principle, decide themselves how the healthcare should be organised and who should provide the healthcare, the Inquiry deems it inappropriate to leave these matters solely to the regions and the healthcare providers. New obligations for the regions should therefore be put in place.

Thus, the government and the regions need to take a greater responsibility regarding payment of healthcare through voluntary private health insurances, in order to guarantee a good and patient-safe care for all patients. The government should take that responsibility by providing a clear legal framework, which enables efficient compliance and supervision. The government should also enable access to data and increase of knowledge regarding voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation to take their responsibility, as principals of the healthcare, by making demands on and following up the private healthcare providers that have contracts with other entities, beside the region, in order to ensure a good and patient-safe care for the publicly funded patients.

The Inquiry's proposals aim to guarantee a good quality and patient-safe care for all patients

The Inquiry's proposals aim to increase the knowledge about and the control over voluntary private health insurances, in order to ensure a good and patient-safe care for all patients, in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation. Through this, the public's trust in the healthcare system and the welfare state can be increased. Foremost, it is the government and the regions that should take responsibility for this increase in control and knowledge. An increased control and knowledge will make it easier for the private healthcare providers to be in compliance with the legal framework, and will contribute to a clearer legal position regarding how the regulations should be interpreted and applied. An increased clarity in the framework is important for the regions, the

private healthcare providers, the insurance companies, the patients, and for the society.

The Inquiry's proposals, regarding regulations and other measures which the Inquiry has deemed justified, such as recommendations to the Government and other key actors, are summarized in the following.

1. The discussion regarding the ethical platform and its interpretation should include factors regarding privately funded healthcare and demand-driven healthcare. However, a review of the ethical platform is not necessary for this Inquiry's proposals to be implemented.
2. In the Health and Medical Services Act (2017:30), regulations regarding how the healthcare can be funded should be included. The healthcare provided by the regions, in their capacity as healthcare providers, should be exclusively publicly funded, unless otherwise regulated by law. The same principles should apply to the healthcare provided, in accordance to a contract with a region, by private healthcare providers. The proposal means that the region, and a private healthcare provider that provides healthcare in accordance with a contract with a region, cannot fund this healthcare by private means, e.g. through a voluntary private health insurance. An exception is made regarding patient fees and other out of pocket expenses that are allowed according to the law.
3. In the Health and Medical Services Act, regulations should be introduced, giving the regions better tools and prerequisites regarding their contracts with private healthcare providers, which at the same time have different contracts with different entities, e.g. an insurance company. An obligation for the regions, to make demands and follow up the private healthcare providers that have contracts with the region and with other entities, is proposed. This proposal should guarantee good and patient-safe care for the publicly funded patients. The proposal means, that if a healthcare provider has different contracts with other entities, on top of a contract with the region, the contract between the region and the private healthcare provider should reflect this, by regulating how the private healthcare provider ensures that the other contracts do not affect the healthcare that is provided on behalf of the region.

4. The confidentiality limit between private healthcare providers and the regions needs to be regulated in accordance with the proposal in SOU 2021:4.
5. In the Patient Safety Act (2010:659) and the Patient Safety Ordinance (2010:1369), regulations should be introduced that give new tools and better prerequisites in order to develop the Health and Social Care Inspectorate's supervision on the healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The proposal means that the Health and Social Care Inspectorate can take a greater responsibility in its capacity as supervisory authority, and that it can ensure a good and patient-safe care when the private healthcare provider has different clients, but also when the private healthcare providers solely provide privately funded healthcare. The proposals consist of widened obligation to notify the Health and Social Care Inspectorate, by registration in the inspectorate's healthcare provider registry (sw: *vårdgivarregister*), and that the inspectorate should be able to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the healthcare provider registry. These proposals will strengthen the Health and Social Care Inspectorate's preventive supervision, consisting of acting on the basis of risks rather than the basis of established medical injuries.
6. The healthcare providers should report form of financing for the healthcare to the patient registry (sw: *patientregistret*) held by the Swedish Agency for Health and Care Services.
7. The Inquiry recommends that form of financing should be reported to those national quality registries (sw: *Nationella Kvalitetsregister*) where it is deemed relevant.
8. Employers who supply their employees with voluntary private health insurance should report the benefit of this, separately from other types of benefits, to the Swedish Tax Agency.
9. The national waiting time database (sw: *väntetidsdatabasen*) should be improved and evolved in accordance with the proposal in SOU 2021:59, but it is not appropriate that it holds information regarding privately funded healthcare.

10. The Inquiry recommends the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR) to develop guidelines regarding the handling of complementary employment, which is focused specifically on healthcare. Furthermore, educational documents should be developed, which are aimed at the persons working with assessment of complimentary employment in the healthcare.

Assessment of consequences and the entry into force of the Inquiry's proposals

Some of the Inquiry's proposals, such as the proposal regarding reporting to the patient registry and to the healthcare provider registry, will entail new tasks for the healthcare providers. The proposal regarding how healthcare can be funded is primarily a codification of what already applies. What the consequences of the Inquiry's proposals regarding terms of contracts and the following up of contracts with private healthcare providers will be, will depend on whether the different actors are already acting in the manner suggested in this report. The proposal regarding reporting of benefit of voluntary private health insurances separately from other benefits will increase the workload on the employers that offers such insurances to their employees, but only to a small extent. Some of the proposals will entail financial consequences for the government, primarily for the affected authorities: The Health and Social Care Inspectorate, the Swedish Agency for Health and Care Services, and the Swedish Tax Agency.

It is proposed that the proposed amendments to acts should entry into force on the 1st of January 2023. The amendments to ordinances can entry into force earlier. Some provisional regulations are proposed.

The Inquiry's proposals need to be further evaluated in order to consider further actions

The lack of clear and appropriate regulation has led to insufficient knowledge and control of voluntary private health insurances. It is important that the concerns regarding the consequences of volun-

tary private health insurances do not lead to hasty decisions, which are not based on a legal analysis and fact-based evidence. However, it is also important that a preparedness for taking additional measures, should they be needed, is built up. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis should be instructed to follow up the Inquiry's proposals. This assignment should be given as soon as possible, in order for the agency to be able to start planning and executing the work.

Based on the knowledge and experiences that will come out of the Inquiry's proposals, it could be relevant to implement additional measures onwards. The Inquiry's proposals should therefore be viewed as a first step in matters regarding voluntary private health insurances.

1 Författningsförslag

Utredningen har följande förslag till författningstext.

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

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

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

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.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §²

Sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som

1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,
2. behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller
3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.

Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vård-enhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vård-enhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, *finansieringsform för vården*, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och

2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

² Senaste lydelse 2017:69.

1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 och 3 §§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

1 §

En anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om

1. verksamhetens inriktning,
2. var verksamheten ska bedrivas,
3. vem som är verksamhetschef,
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,

5. verksamhet enligt 7 kap.

5. verksamhet enligt 7 kap.

2 § patientsäkerhetslagen som anlitats eller avses anlitats, *och*

2 § patientsäkerhetslagen som anlitats eller avses anlitats,

6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.

6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,

7. *hur vården är finansierad, och*

8. *vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.*

3 §³

Register enligt 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) får innehålla uppgifter om

1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,
2. var verksamheten bedrivs,
3. verksamhetens inriktning,
4. verksamhetens omfattning,
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,

³ Senaste lydelse 2018:1838.

6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, *och*
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten,
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen,
11. *hur vården är finansierad, och*
12. *vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.*

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.
 2. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 eller p. 8 denna förordning ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan.

1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

Härigenom föreskrivs att 5 kap. 1 och 2 §§ och 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

1 §⁴

I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) om intäkt i inkomstslaget tjänst ska följande uppgifter lämnas:

1. bruttolönen,
2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.
2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring.*

5 kap.

2 §⁵

I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).

I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

⁴ Senaste lydelse 2017:390.

⁵ Senaste lydelse 2017:390.

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

6 kap.

3 §⁶

I en arbetsgivardeklaration som ska innehålla uppgifter om en viss betalningsmottagare enligt 26 kap. 19 a–19 c §§ eller 19 e § skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter lämnas om mottagaren:

1. bruttolönen,	
2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.	2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån <i>och förmån av privat sjukvårdsförsäkring.</i>

Följande uppgifter om bilförmån ska också lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* ska också lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

Arbetsgivardeklarationen ska även innehålla uppgift om huruvida bostadsförmån i Sverige avser en bostad som är belägen på en småhusenhet. Det gäller dock inte om det är fråga om förmån av semesterbostad.

⁶ Senaste lydelse 2017:390.

Den som ska redovisa skatteavdrag för skatt enligt lagen (1991:591) om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl. ska också lämna uppgift om arten av den verksamhet som ersättning har betalats ut för. Det gäller också om ersättningen är undantagen från skatteplikt på grund av skatteavtal enligt 8 § första stycket 4 lagen om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

Härigenom föreskrivs att 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁷

Inspektionen för vård och omsorg har som huvudsakliga uppgifter att

1. svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

2. som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), och

3. svara för tillståndsprövning inom de områden som anges i 1.

Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.

Verksamheten ska bedrivas strategiskt *och i förebyggande syfte*, effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

⁷ Senaste lydelse 2014:1049.

2 Utredningens uppdrag och arbete

I detta kapitel ges först en beskrivning av utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet. Därefter beskrivs utredningens uppdrag och bakgrund till uppdraget, utredningens tolkning av uppdraget, hur utredningen har bedrivit sitt arbete samt vilka begrepp som används i betänkandet.

2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet

2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet

Utgångspunkten för detta betänkande är den problembild som beskrivs i direktiven till utredningen och där regeringens oro för den rådande situationen med en utveckling av att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring beskrivs. Det anges i direktiven att det befaras att tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället kan minska genom att de lagstadgade principerna som utgör den etiska plattformen åsidosätts. Utredningen anser att det är viktigt att bilda sig en uppfattning om hur de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar den svenska välfärdsmodellen, där de olika välfärdstjänsterna i huvudsak är offentligfinansierade. Se kapitel 12.

Utredningen har en juridisk ansats för att beskriva och analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har gjort eftersökningar för att kartlägga hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad, finansierad och organiserad och om sjukvården uppfyller de lagstadgade målen om en god och patientsäker vård.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis finns en osäkerhet om vilka regler som gäller för den vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar och om en privat vårdgivare får ha olika väntetider för patienter, beroende på hur avtalet med uppdragsgivaren är formulerat. Se kapitel 8.

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har även bidragit till att det finns stora kunskapsluckor om försäkringar, t.ex. saknas kunskap om vilka som har och utnyttjar försäkringarna, liksom vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Kunskap saknas även om privatpersoners och arbetsgivares incitament för att teckna privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 7.

Kunskapsluckorna skapar stora svårigheter när konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar ska studeras. Det gäller både positiva och negativa följder så som risk för att hälso- och sjukvårdens målsättning om en god och patientsäker vård inte uppfylls och om påverkan på efterfrågan på vård och vårdens kapacitet. Se kapitel 11.

Regionerna och staten har inom ramen för sitt nuvarande mandat en möjlighet och skyldighet att ta ett större ansvar än vad som sker i dag för att kontrollera och öka kunskapen om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 12.

2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet

För att regionerna, vårdgivarna och myndigheterna ska kunna ta sitt ansvar och kontrollera att vården är god och patientsäker krävs ett tydligt och ändamålsenligt regelverk. I dag saknas sådana regler med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att ett första steg bör vara att stärka regionernas möjligheter att ta sitt ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför en skyldighet för regionerna att i avtalet med den privata vårdgivaren reglera hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de offentligfinansierade patienterna. Utredningen anser också att staten ska ta sitt ansvar genom en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar därför flera förslag

till ny lagstiftning och andra författningsändringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

Utredningens strävan är också att bidra till ett helhetsperspektiv och transparens i frågan om privata sjukvårdsförsäkringar på det omfattande politikområde som hälso- och sjukvårdspolitikerna utgör och som ofta är uppe till diskussion. Kunskapen måste stärkas om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar i praktiken, t.ex. hur mycket försäkringarna utnyttjas, vilka det är som nyttjar försäkringarna och vilken vård det är som betalas via en försäkring. Utredningen lämnar därför olika förslag för att stärka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

2.1.3 Beredskap för ytterligare åtgärder

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har lett till en otillräcklig kunskap och kontroll av de privata sjukvårdsförsäkringarna. 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. Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det därför framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Se kapitel 14.

2.2 Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget

2.2.1 Uppdraget

I direktivet anges att utredaren ska

- beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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,

- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
- analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Utredningen ska även motivera eventuella begränsningar av den kommunala självstyrelsen.

2.2.2 Bakgrunden till uppdraget

Bakgrunden till uppdraget framgår av direktivet¹. I direktivet hänvisas till en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys² där det konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras i rapporten att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privatfinansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Av direktivet framgår att regeringen ser med oro på den rådande situationen och att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. Den snabba utvecklingen där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar, enligt direktivet, att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges i direktivet att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

I budgetpropositionen för 2021 gör regeringen flera uttalanden som är relevanta för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i hälso- och sjukvården.³ Regeringen skriver att alla ska erbjudas en behovs-

¹ Dir. 2020:83.

² Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

³ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

anpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet och att en sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.⁴ Regeringen uttalar att principen om vård efter behov ska tryggas och att tillgängligheten till vården ska förbättras. Regeringen betonar att en av de viktigaste frågorna för regeringen under innevarande mandatperiod har varit att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården genom kortare köer men att den pågående pandemin har inneburit att ett stort antal planerade besök och operationer har behövt ställas in. Det har medfört att antalet personer som väntat på vård längre än vårdgarantins 90 dagar har ökat kraftigt. Regeringen uttalar också att ökad tillgänglighet i vården kräver en kombination av lösningar och att den avser att genomföra insatser för att stödja regionerna i arbetet med att korta väntetiderna och minska köerna. En viktig del utgörs enligt regeringen av Tillgänglighetsdelegationens arbete med att samverka med regionerna och stödja deras arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för kortare väntetider. En annan viktig del i arbetet för att korta köerna är, enligt regeringen, att regionernas och vårdgivarnas, oavsett utförare, samlade kapacitet används mer effektivt.⁵

Regeringen betonar också att vård ska finnas tillgänglig för alla i Sverige på lika villkor. Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges efter behov och inte betalningsförmåga. Regeringen påpekar att den därför har tillsatt denna utredning.⁶

I överenskommelsen från januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna (det s.k. januariavtalet) finns skrivningar om att korta köerna och att trygga principen om vård efter behov. Vite eller sanktioner ska kunna åläggas huvudmän som inte uppfyller vårdgarantin, om det visar sig att andra åtgärder inte räcker till.⁷ I juli 2021 tillträdde en ny regering.

⁴ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 42.

⁵ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 43.

⁶ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 44.

⁷ Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

2.3 Utredningens tolkning av uppdraget

2.3.1 Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården

Utredningen har sett behov av att tydliggöra begreppet offentligfinansierad vård och förekomsten av sjukvårdsförsäkringar i den vården utifrån vad som anges i direktivet till utredningen.

Det saknas en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns dock i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av allmänna medel.⁸

Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården betalas huvudsakligen av regionen. Det gäller både sådan vård som regionen bedriver i egen regi och sådan vård som en privat vårdgivare utför enligt avtal på uppdrag av regionen. Regionerna får sina intäkter genom skatter och statliga bidrag men även genom patientavgifter. Det finns även olika former av privatfinansierad vård men den är av marginell omfattning. Exempelvis kan vården betalas via en privat sjukvårdsförsäkring eller kontant direkt av patienten.

Utredningen kan inte finna att det förekommer privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det finns dock inte några uttryckliga regler om huruvida det är tillåtet eller inte. Även om det inte förekommer några betalningar via privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården kan sådana försäkringar ha konsekvenser för hälso- och sjukvården i olika avseenden. Att privata sjukvårdsförsäkringar kan ha konsekvenser för den offentligfinansierade vården innebär inte att den försäkringsfinansierade vården kan ses som en del av den offentligfinansierade vården. Exempel på faktorer som kan påverkas av förekomsten av sjukvårdsförsäkringar är tillgång till hälso- och sjukvård och tillgång till personal samt prioriteringar mellan patienter.

I detta sammanhang är det också viktigt att komma ihåg att en privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika uppdragsgivare, t.ex. en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag som betalar för en patient med en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på

⁸ Se t.ex. prop. 2017/18:40, s. 84, prop. 1995/96:176, s. 54 f. och prop. 2009/10:67, s. 49.

uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är privatfinansierad.

Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”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”, som att den delen framför allt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård i enlighet med de grundläggande principer och bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De offentligfinansierade patienterna ska inte påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter. Det anges att utredningen i denna del ska föreslå författningsförslag eller andra åtgärder. Sådana andra åtgärder kan t.ex. vara regeringsuppdrag till myndigheter om att utföra fördjupade analyser eller rekommendationer till andra aktörer om att ta fram riktlinjer eller annat stödmaterial.

Som framgår av kapitel 8 är det flera aktörer som menar att det är svårt att få ledning från den etiska plattformen i vissa frågor och också föreslår en översyn av den etiska plattformen av olika skäl. Bl.a. pågår en diskussion om hur den etiska plattformen ska tillämpas i frågor om privatfinansierad vård, efterfrågestyrd vård och patientens valfrihet, dvs. frågor som har koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen konstaterar att den etiska plattformen är reglerad i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Arbetet med att ta fram den etiska plattformen och tillhörande lagstiftning var inriktat på den offentligfinansierade vårdens åtaganden och hur regionerna skulle kunna klara av sitt uppdrag utan att nya resurser tillfördes vårdområdet. I de förarbeten som togs fram för över 30 år sedan saknas därför i princip helt resonemang om privatfinansierad vård. För det fall man vill ändra eller komplettera den etiska plattformen med resonemang om t.ex. privatfinansierad vård behöver man således se över vilka effekter det får på lagstiftningen. Det har inte legat i utredningens uppdrag att se över den etiska plattformen med tillhörande lagstiftning.

Utredningen har även till uppdrag att ”lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras”.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen är offentligfinansierad. Utredningen har sålunda tolkat denna del av uppdraget som att den avser hur den offentligfinansierade vården som utförs av en annan aktör än regionen får finansieras och då mer specifikt om den får finansieras med privata medel.

2.3.2 En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

Privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är föremål för en förhållandevis omfattande debatt.⁹ Det saknas dock robusta kunskapsunderlag och den officiella statistiken är bristfällig.¹⁰ Det saknas t.ex. uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar för hälso- och sjukvården. Det saknas också officiella uppgifter om vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilka patienter det är som betalar på det sättet. Det saknas även heltäckande underlag om vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Bristen på information försvårar en saklig diskussion.

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om riskerna med sådana försäkringar och synen på välfärdssamhället och hälso- och sjukvården. 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. Utredningen använder sig i första hand av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva olika situationer. Se kapitel 2.5 för vilka begrepp som kommer att användas. I det följande kommenteras begreppen kö och blandform.

En uppgift för denna utredning är att lämna förslag som säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar. Uppdraget rör således prioriteringar mellan olika patienter. I debatten om sjukvårdsförsäkringar används orden "kö" och "vårdkö" i samband med diskussionen om prioriteringar. Exempelvis beskrivs att patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar "går före

⁹ Se beskrivning av detta i kapitel 2.4.

¹⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 5.

i kön och får en gräddfil i vården”.¹¹ Ordet vårdkö förekommer även i andra sammanhang, t.ex. i diskussionen om i vilken ordning olika grupper ska få vaccin mot covid-19 och kring den s.k. kömiljarden.¹² I januariavtalet används begreppet vårdkö och att det ska tas fram en generalplan för kortare köer inom vården tillsammans med regionerna.¹³ Vidare har Socialstyrelsen i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården.¹⁴

Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte några bestämmelser om att det ska finnas en eller flera köer till hälso- och sjukvården och beskrivningen återfinns inte heller i några förarbeten. I kapitel 6, figur 6.2. beskrivs flera olika sätt för en patient att få vård.

Regionerna har stor frihet att bestämma hur hälso- och sjukvården ska vara organiserad och organisationen skiljer sig åt mellan regionerna. Hälso- och sjukvården är inte reglerad eller organiserad på ett sätt som förutsätter eller kräver att det finns en kö. Patienter kan t.ex. få vård i en annan region eller i ett annat land och utländska patienter kan få vård i Sverige. En patient kan också få vård av flera olika aktörer. T.ex. kan patientens första kontakt vara med vård som bedrivs av regionen i egen regi medan den fortsatta vården kan ges av en privat vårdgivare med regionen som huvudman.¹⁵ Dessutom är den hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar organiserad på ett delvis annat sätt än den offentligfinansierade vården. Den vården är t.ex. inte uppbyggd utifrån fördelningen primärvård och specialistvård. Försäkringsbolagens villkor innebär att de enbart bekostar vårdåtgärder som utförs av de specialister som försäkringsbolaget har hänvisat till och har avtal med. Patienter som finansierar sin vård via privata sjukvårdsförsäkringar har således inte kontakt med primärvården på samma sätt som de offentligfinansierade patienterna.¹⁶

¹¹ Se t.ex. Katalys (2020).

¹² Folkhälsomyndighetens Rekommendation om vaccination mot covid-19, och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården under 2021* – överenskommelse mellan staten och SKR. Se även SOU 2021:59, s. 35 och 134 om att använda andra begrepp än kö.

¹³ Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

¹⁴ Socialstyrelsen har sedan den 25 juni 2020 regeringens uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS – delvis).

¹⁵ För vidare beskrivning av detta, se kapitel 6.

¹⁶ För vidare beskrivning av detta, se kapitel 5.

Utredningen kommer att i möjligaste mån undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. Värt att notera är att det inte finns regler om att få snabbast vård eller snabbare vård än någon annan. Däremot är det reglerat att olika vårdåtgärder ska ske inom viss föreskriven tid (vårdgarantin), att målet med hälso- och sjukvården bl.a. är en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det finns även regler om rapportering av väntetider till den nationella väntetidsdatabasen som SKR ansvarar för. Dessa olika legala beskrivningar kommer framför allt att användas i detta betänkande.

Ett annat ord som används i debatten är "blandform" och att vårdgivaren blandar verksamhet bestående av offentligfinansierade patienter med verksamhet som består av privatfinansierade patienter.¹⁷ Med detta begrepp brukar avses den situationen att en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, och samtidigt tar emot patienter som betalar för hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den privata vårdgivarens organisation kan se olika ut. I och med att privata vårdgivare kan ha flera verksamheter och flera uppdragsgivare, både offentligfinansierade och privatfinansierade, kan det av olika skäl finnas behov av att kunna särskilja vissa delar av de olika verksamheterna. Exempelvis finns det regler om redovisning och bokföring som kan förutsätta skilda system och som gäller för alla aktörer, inte bara de privata vårdgivarna. Det finns även sekretessregler som gör att uppgifter om patienter inte får delas helt fritt mellan olika verksamheter.

Förutom att det finns regler som förutsätter att systemen hålls separerade i vissa delar finns en frihet för vårdgivaren att organisera verksamheten på det sätt som denna anser vara lämpligt. I vissa fall är den vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar separerad, t.ex. i en särskild juridisk person, i förhållande till den offentligfinansierade vården, medan vissa aktörer inte har en lika tydlig uppdelning utan bedriver vården t.ex. i samma lokal och med samma personal. Eftersom utredningen menar att det finns en risk att begreppet "blandform" associeras med sammanblandning eller hop-

¹⁷ Se t.ex. Katalys (2020), s. 12 f.

blandning kommer det begreppet att undvikas. I stället kommer utredningen beskriva vad som avses. Den vanligaste beskrivningen kommer då vara att vårdgivaren har flera uppdrag som kan vara offentligfinansierade eller privatfinansierade. Typ av uppdragsgivare kommer också beskrivas, t.ex. region, försäkringsbolag eller privatbetalande patienter.

2.4 Utredningens arbete

I detta avsnitt beskrivs hur utredningen har arbetat med uppdraget. I utredningens direktiv beskrivs att utredaren i sitt arbete ska föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt. Utredningen har eftersträvat ett öppet arbetsätt och har kontinuerligt fört dialog med olika aktörer.

Utredningen har anlitat konsultstöd för viss del av arbetet med faktainsamling, undersökningar och analyser. Detta arbete har utförts av Mapsec AB och Lumell Associates AB.

Förutom den egna insamlingen av relevant material till betänkandet har utredningens arbete p.g.a. covid-19-pandemin präglats av digitala möten och telefonkontakter.

2.4.1 Inläsning, insamling och dialoger

Utredningen har undersökt författningstext, förarbeten till lagstiftning, rättsfall och tagit del av forskningsmaterial, myndighetsrapporter, litteratur och övriga källor som har haft relevans för uppdraget.

Utredningen har även tagit del av den omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar.¹⁸ Vård- och omsorgsanalys gjorde en artikelsökning för tiden den 16 september 2019 till den 16 mars 2020 och fann att det då publicerades närmare 1 400 artiklar

¹⁸ För t.ex. riksdagsmotioner se Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU16. För debatt i regionerna, se t.ex. regionfullmäktige i Västra Götalandsregionens beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen *Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård*, RS 2020-03968), Vårdstyrelsen i Region Uppsalas sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 avseende behandling av *Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård*, samt regionfullmäktige i Region Uppsalas sammanträde den 26 februari 2020, §19/20 och den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20 för interpellationsdebatter.

om privata sjukvårdsförsäkringar.¹⁹ Även utredningen har gjort en artikelsökning i ett mediearkiv och under tiden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021 blev det 421 träffar med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Träffarna återfinns i tryckt press, webb och TV/Radio.²⁰ Debattörerna är framför allt forskare, politiker och organisationsföreträdare. Frågor som debatteras rör bl.a. huruvida privata sjukvårdsförsäkringar är förenliga med den s.k. etiska plattformen och jämlik vård för hela befolkningen, hur långt regionernas ansvar sträcker sig, IVO:s tillsyn, vinster i välfärden samt bisysslor.

I detta betänkande hänvisas på flera ställen till vad som diskuteras och debatteras i "den allmänna debatten" se t.ex. detta kapitel om vilka begrepp som används, kapitel 5 om fackförbundens inställning till privata sjukvårdsförsäkringar, kapitel 8 om den etiska plattformen och en jämlik vård för hela befolkningen, kapitel 9 om bisysslor, kapitel 10 om den internationella debatten samt kapitel 12 om synen på välfärdssamhället. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i dessa frågor men det har inte varit möjligt för utredningen att närmare sortera och gruppera de olika åsikterna. Det är därför inte möjligt att t.ex. återge samtliga källor i noterna i betänkandet. Utredningens hänvisningar till vad som debatteras ska inte heller betraktas som uttömmande. I vissa fall gör utredningen exemplifieringar och sammanfattningar av vad som förekommer i debatten.

Utredningen har därutöver samlat in information genom enkäter, intervjuer och dialoger med olika aktörer. Utredningen har skickat ut två olika enkäter. Den ena har gått till de olika patientnämnderna i Sverige. Den andra enkäten riktade sig till upphandlare hos regionerna.

Utredningen har genomfört två strukturerade intervju-sessioner. I den första intervjuades företrädare för regioner. I den andra intervjuades företrädare för privata vårdgivare. Dessa beskrivs närmare i kapitel 6.

Utredningar har vidare haft kontakt med andra pågående utredningar som Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) och Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01).

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen i samarbete med European Observatory

¹⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 43.

²⁰ Sökning i Retrievers mediearkiv, perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

on Health Systems and Policies, på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.

Förutom att utredningen har haft kontakt med de myndigheter som varit representerade i utredningens expertgrupp har kontakter tagits med SCB, Skatteverket, Finansinspektionen och Riksrevisionen. Vad gäller organisationer m.m. som inte har varit representerade i utredningen har utredningen haft kontakt med Vårdföretagarna, Smer och Funktionsrätt Sverige. Utredningen har också haft kontakter med forskare verksamma vid universitet i Uppsala, Stockholm, Lund och Linköping.

2.4.2 Expertgrupp och sammanträden

Till utredningen är en expertgrupp knuten med sakkunniga från myndigheter, organisationer och Regeringskansliet. Expertgruppen består av fyra sakkunniga från Regeringskansliet och elva experter som representerar myndigheterna IVO, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten samt organisationerna LO, SKR, Svensk försäkring, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Vårdförbundet.

Deltagarna i expertgruppen har bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag under hela utredningsarbetet. Sammanlagt har fem utredningssammanträden hållits. Inför sammanträdena har utredningen delat texter för genomläsning av expertgruppen. Sammanträdena har fokuserat på diskussion utifrån de utskickade texterna och utifrån olika teman.

Vid ett av utredningens sammanträden deltog en representant för Vårdföretagarna. Representanter från Smer och Länsförsäkringar har även deltagit som gästföreläsare vid några av sammanträdena.

2.5 Begrepp som används i betänkandet

Utredningen använder följande begrepp. Beskrivningen sker i bokstavsordning. Vid citat används originalordet.

Avtal om att bedriva vård på uppdrag av regionen

Regionen kan uppdra åt någon annan aktör att bedriva den vård som regionen ansvarar för. Uppdraget ska då regleras i avtal. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskrivs detta som ett ”avtal med annan om överlämnande av uppgifter” och att regioner ”får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag”. Liknande beskrivning används i 10 kap. kommunallagen (2017:725).

Ibland beskrivs denna situation, dvs. när regionen lämnar över uppgiften att utföra vården till annan aktör, som att regionen köper vård från andra aktörer. Detta till skillnad från när regionen producerar vård i egen regi. Andra begrepp som används är att regionen upphandlar eller avtalar om vård.

Utredningen kommer huvudsakligen använda beskrivningarna ”bedriva” eller ”utföra” vård på uppdrag av regionen eller med regionen som uppdragsgivare. Även beskrivningen att ”regionen har lämnat över driften” till någon annan, t.ex. till en privat vårdgivare, kommer att användas.

Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Etiska plattformen ska, enligt ett riksdagsbeslut från 1997, styra beslut om prioriteringar i vården.²¹ Principerna är också reglerade i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Behovs-solidaritetsprincipen uttrycks i lagen som att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen använder begreppet behovs-solidaritetsprincipen utifrån hur den är formulerad 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.²² Den

²¹ Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14, beslut i riksdagen den 16 april 1997.

²² SOU 2001:8, s. 107.

etiska plattformen och tillhörande regelverk togs framför allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

God vård

Det används flera olika begrepp och beskrivningar för att beskriva målet med hälso- och sjukvården och hur den bör vara utformad och bedrivas.

Vissa begrepp och beskrivningar finns i lagstiftning som kompletteras med skrivningar från myndigheter. God vård är ett kvalitetsbegrepp. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att målet med hälso- och sjukvården är en *god hälsa* och en *vård på lika villkor för hela befolkningen*. Målbestämmelserna infördes i tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I propositionen till den lagen var det tydligt att lagen hade karaktären av en målinriktad ramlag ”med möjlighet för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar”.²³ Det uttalades vidare att ”målen anger önskvärda framtida tillstånd”.²⁴

I förarbetena uttalas att det ”främsta målet är en god hälsa för hela befolkningen”. Vidare uttalas att målet om en god hälsa förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälsopolitisk planering.²⁵

Om det andra målet ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” uttalas i förarbetena att det innebär att det i princip bör vara möjligt för alla, oavsett var de bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Därav följer bl.a. att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård. Möjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte, enligt uttalanden i förarbeten, påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden.

²³ Prop. 1981/82:97, s. 17.

²⁴ Prop. 1981/82:97, s. 26.

²⁵ Prop. 1981/82:97, s. 27.

Även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid. I förarbetena anges att samhället måste ha skyldighet att se till att, inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper, vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Därvid är det särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och handikappade.²⁶

I förarbetena betonas huvudmännens ansvar för dessa mål och det är tydligt att det är den offentligfinansierade vården som bestämmelsen framför allt tar sikte på och därmed inte den privatfinansierade vården.²⁷

I nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, är också den s.k. etiska plattformen reglerad. Det anges i 3 kap. 1 § att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 4 kap. 1 § att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. I samma lag anges också, i 3 kap. 2 §, att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Det finns olika författningskrav på vårdens kvalitet och utförande som alla huvudmän och vårdgivare måste följa. En grundläggande utgångspunkt, som anges i 5 kap. 1 § HSL, är att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Socialstyrelsen har utvecklat begreppet god vård i sex dimensioner, som utgår från både patienters förväntningar på vården och från regelverk, nämligen följande:

²⁶ Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

²⁷ Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

1. *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.* Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
2. *Säker hälso- och sjukvård.* Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
3. *Patientfokuserad hälso- och sjukvård.* En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.
4. *Effektiv hälso- och sjukvård.* Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.
5. *Jämlik hälso- och sjukvård.* Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
6. *Hälso- och sjukvård i rimlig tid.* Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.²⁸

I 7 kap. 2 a § HSL regleras också att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

I 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) anges att vården ska vara lätt tillgänglig. Regeringen beskriver begreppet tillgänglig i kommittédirektivet till Tillgänglighetsdelegation.²⁹ I direktivet anges att tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet, enligt direktiven till den utredningen, handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vår-

²⁸ Se t.ex. Socialstyrelsen (2019) och Socialstyrelsen 2006-101-2.

²⁹ Dir. 2020:81. Utredningens formella namn är Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

den. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som t.ex. personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. I direktiven anges att det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, dvs. att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.³⁰

IVO skriver i en rapport att ”för att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå målen måste befolkningen kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården är tillgänglig för befolkningen är alltså en förutsättning för målet om en vård på lika villkor”.³¹

Regeringen utvecklar sitt mål på hälso- och sjukvårdspolitikens område i Budgetpropositionen för 2021. Där framgår att målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. På det folkhälso-politiska området är regeringens övergripande mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.³²

Utredningen kommer precisera vilka mål och krav som avses med olika beskrivningar i betänkandet. T.ex. kommer det särskilt anges i de fall utredningen avser bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning kommer begreppen god och patientsäker vård att användas. Se nedan om begreppet patientsäker vård.

Huvudman

Med begreppet huvudman avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, den region eller den kommun³³ som enligt den lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (se 2 kap. 2 §). I samma

³⁰ Dir. 2020:81.

³¹ IVO 2021-7, s. 12.

³² Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

³³ Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande, då den inte omfattas av utredningens direktiv.

bestämmelse anges också att inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. En region kan bedriva hälso- och sjukvården i egen regi och är då både huvudman och vårdgivare. Enligt HSL är det således endast regionen som kan benämnas huvudman. Utredningen kommer att använda begreppet huvudman för att beskriva när regionen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och lämnat över viss vård till privata vårdgivare. Regionens ansvar som huvudman består bl.a. av att erbjuda vård (antingen i egen regi eller genom uppdrag åt någon annan) och att finansiera, organisera och planera vården.

En privat vårdgivare kan inte vara huvudman enligt HSL:s definition. Det finns inte något annat vedertaget begrepp för att beskriva en sådan aktör, utan utredningen kommer i dessa situationer särskilt skriva ut vad som då avses, t.ex. att en privat vårdgivare bedriver vård som inte är på uppdrag av regionen. I vardagligt tal brukar detta benämnas som "privat privat" vård.

Begreppet huvudman har alltså en annan innebörd inom hälso- och sjukvården än på skolans område. Skollagen (2010:800) bygger på att det finns både enskilda och offentliga huvudmän. Kommunen är huvudman för de kommunala skolorna. Däremot är det skolans styrelse som är huvudman för de fristående skolorna. Det är huvudmannen som bestämmer hur skolan ska arbeta, ser till att skolan har de resurser som krävs och arbetar för att skolan ska bli bättre. Det är huvudmannen som ansvarar för att alla elever ska nå målen. Huvudmannen ska också se till att utbildningen följer de bestämmelser som finns. Eftersom kommunerna inte är huvudmän för de fristående skolorna har de inte möjlighet att ställa krav på någon annan verksamhet än sådan de själva ansvarar för.³⁴

Komplementär respektive supplementär sjukvårdsförsäkring

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. I Sverige är supplementära sjukvårdsförsäkringar vanligast (cirka 6,5 procent av befolkningen har en sådan försäkring) medan det t.ex. i Kanada är

³⁴ SOU 2017:38, s. 59.

vanligast med komplementära försäkringar (cirka 69 procent av befolkningen har en sådan försäkring), se kapitel 10.

En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. 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. Supplementära sjukvårdsförsäkringar kan innehålla inslag som räknas som komplementära. T.ex. ersätter flera av de svenska sjukvårdsförsäkringarna patientens utgifter för avgifter.

Offentligfinansierad vård

Som tidigare nämnts i kapitel 2.3.1 saknas det en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av offentliga medel, dvs. inte privatfinansierad.

Med offentligfinansierad vård avser utredningen sådan vård som bedrivs av regionen i egen regi och som betalas med offentliga medel, bl.a. skatt och statsbidrag. Med offentligfinansierad vård avses även sådan vård som regionen, enligt avtal, uppdragit åt en privat vårdgivare att utföra och som betalas av regionen. Däremot är inte sådan verksamhet som en vårdgivare utför men som inte sker på uppdrag av regionen offentligfinansierad. Det innebär att en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan utföra både vård som är offentligfinansierad och vård som inte är offentligfinansierad.

Patientsäker vård

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. All vård ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad

erfarenhet. Vidare ska alla patienter ges sakkunnig och omsorgsfull vård.

Patientsäkerhet definieras i 1 kap. 6 § PSL som skydd mot vårdskada. Begreppet patientsäkerhet utgör en kvalitetsdimension i vården som är nära förknippad med god vård som avser att vården är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet. Patientsäkerhet avser ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår hindra att patienter skadas i och av vården. Patientsäkerhet kan också avse avsaknad av åtgärder när sådana är motiverade utifrån patientens tillstånd. Om patientsäkerheten är god minskar risken för vårdskador. Begreppet patientsäkerhet säger dock inget om nivån på säkerheten, eller hur respektive av vem något ska göras. Vidare förutsätter hög patientsäkerhet att andra lagar eller föreskrifter som gäller inom vården följs, t.ex. att vården bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁵ IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen.

Som beskrivs ovan under begreppet god vård kommer utredningen precisera vilka mål och bestämmelser som avses. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning av dessa mål och bestämmelser kommer begreppen god och patientsäker vård att användas.

Vårdgivare

Det finns olika begrepp som definierar den som bedriver hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används begreppet vårdgivare och där avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivarna har ett särskilt ansvar för patienter och andra i samband med den direkta hälso- och sjukvården men ska inte förväxlas med den person som rent faktiskt ger vården.³⁶

Regionen behöver inte bedriva hälso- och sjukvården i egen regi utan kan uppdra åt en annan aktör att bedriva vården. I HSL används lokutionen ”någon annan” (15 kap. 1 §) för de situationer då regionen

³⁵ IVO 2021-7, s. 52 och prop. 2009/10:210, s. 191.

³⁶ Prop. 2016/17:43, s. 129.

lämnar över uppgiften att bedriva vård till t.ex. en annan region eller en privat vårdgivare. I kommunallagen (2017:725) benämns motsvarande aktör ”privat utförare” (10 kap. 7 §) och i lagen (2008:962) om valfrihetssystem ”leverantör” (2 kap. 3 §). I äldre förarbeten användes begreppet *entreprenad*.³⁷

Vårdgivare med enbart privat finansiering omfattas också av begreppet vårdgivare. Utredningen använder begreppet vårdgivare för den som bedriver hälso- och sjukvården, oavsett om det är en region som gör det i egen regi, om det är en privat vårdgivare som bedriver vården på uppdrag åt regionen eller om vården bedrivs av en privat aktör utan uppdrag från regionen.

Av förarbetena till bestämmelsen om vårdgivare i HSL framgår att huvudmannen och vårdgivaren som regel båda har ansvar för att uppfylla kraven i de bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård enligt avdelning II i lagen. Regionens särskilda ansvar som huvudman framgår framför allt av avdelningarna III och V i lagen. Regeringen uttalar också i förarbetena att ansvaret som åligger en vårdgivare är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Bestämmelser i lagen som är tillämpliga på vårdgivare gäller samtliga vårdgivare.³⁸

Vårdkontakt och vårdtillfälle

Begreppen vårdkontakt och vårdtillfälle har i vissa sammanhang specifika betydelser och det kan vara nödvändigt att kunna särskilja begreppen. I Socialstyrelsens termbank³⁹ beskrivs vårdkontakt som ”kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs”. Vårdtillfälle beskrivs på samma ställe som ”vårdkontakt i sluten vård”.

Vårdkontakt är alltså ett vidare begrepp där ett vårdtillfälle kan vara ett exempel på en vårdkontakt. Andra exempel på vårdkontakter kan vara mottagningsbesök, hembesök och distanskontakt.⁴⁰

I betänkandet används begreppen utifrån hur Socialstyrelsen definierat dem.

³⁷ Se t.ex. prop. 1992/93:43.

³⁸ Prop. 2016/17:43, s. 86 ff.

³⁹ <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

⁴⁰ Se t.ex. Region Stockholm, HSN 2020-1419, s. 4.

Väntetider och tidsgränser

Som beskrivs ovan kommer utredningen att undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. De regler som är av intresse är reglerna om vårdgarantin, som är en försäkran om att den enskilde inom viss tid ska få olika vårdåtgärder. I 9 kap. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns sådana bestämmelser, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti, enligt 8 kap. 3 § HSL. Närmare bestämmelser finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid utredningen, diagnostiseringen eller behandlingen m.m. av patienten får ta. Vårdgarantin anger alltså inte hur snart en åtgärd ska ske. Däremot uttalar vårdgarantin att olika vårdåtgärder bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar.

Bestämmelserna om vårdgarantin gäller inte för den privatfinansierade vården. I de avtal som försäkringsbolagen tecknar med privata vårdgivare gäller ofta andra tidsgränser än vad som anges i regionernas avtal med de privata vårdgivarna.

Regeringen har uttalat att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer. Det är utredningens bedömning att samma sak gäller för de oreglerade tidsgränser som anges i t.ex. avtalen mellan den privata vårdgivaren och försäkringsbolagen. Varken den författningsreglerade vårdgarantin, eller de avtalsvillkor om tidsgränser som används i samband med försäkringsfinansierad vård, är således överordnade den etiska plattformens principer. Det är den med störst behov som ska ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

I betänkandet anges vilka väntetider respektive tidsgränser som avses, dvs. antingen utifrån den författningsreglerade vårdgarantin eller utifrån vad som regleras i avtalet mellan försäkringsbolaget och den privata vårdgivaren.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

I detta kapitel ges en översiktlig redogörelse för lagstiftning och andra regler som särskilt berör de frågeställningar som utredningen har att ta ställning till.

Framställningen i detta kapitel följer olika ämnesområden. Kapitlet börjar med ett område som rör hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning. Därefter följer ett område som tar upp regionernas befogenheter, ansvar och skyldigheter, inklusive upphandlingsfrågor och regler om bisysslor. Därefter följer ett område kopplat till olika skydd- och rättighetslagstiftningar. Nästa område kopplar till lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess. Slutligen finns ett skatterättsligt område.

Det finns över 250 författningar som innehåller bestämmelser som reglerar olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och innehåller bl.a. bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn.

Bestämmelser om kommunal självstyrelse inklusive frågor om överlämnande av kommunala angelägenheter till andra utförare finns i regeringsformen, kommunallagen (2017:725) och hälso- och sjukvårdslagen. Även andra delar av kommunallagen och lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter är av relevans för de frågor utredningen har att hantera.

Av relevans för utredningen är också bestämmelser som styr upphandlingen av sjukvård och ersättningen till dem som utför vården. Sådana bestämmelser finns bl.a. i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Andra bestämmelser som har relevans för utredningen är rätten till näringsfrihet och egendomsskydd, skattemässig hantering av privata sjukvårdsförsäkringar samt bisysslor.

Slutligen är bestämmelser om hälsoregister relevanta för utredningen. Sådana bestämmelser återfinns i lagen (1998:543) om hälso-dataregister med flera författningar.

Hälsa- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning

3.2 Regeringsformen

I 1 kap. 2 § regeringsformen anges att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Vidare anges att särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Bestämmelsen, som trädde i kraft år 1977, uttrycker en målsättning för staten, till skillnad från de fri- och rättigheter som regleras som bindande rättsregler i 2 kap. regeringsformen. Målsättningsbestämmelsen uttrycker en politisk strävan och inte en utkrävbart rätt till viss vård av en särskild standard som svarar mot ett definierat behov för individen. Det har dock ansetts väsentligt att i grundlag ge uttryck för viktiga värden i form av sociala rättigheter som får stor betydelse för den enskildes välfärd och som också utgör en grundläggande förutsättning för demokrati.¹

3.3 Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)

3.3.1 Inledning

Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är den centrala lagen för hälsa- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då den tidigare hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763).² Syftet med den nya hälsa- och sjukvårdslagen var att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i

¹ Prop. 1975/76:209, s. 128, prop. 2009/10:80, s. 246 och SOU 1975:75, s. 93 och 183 f.

² Införd genom prop. 1981/82:97.

enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.³ Lagen innehåller bl.a. definitioner och mål för hälso- och sjukvården.

Lagen är uppbyggd utifrån kapitelindelade avdelningar där bestämmelser av liknande karaktär samlas. Avdelningarna baseras på de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar, dvs. regioner och kommuner som huvudmän. Strukturen tydliggör regionens och kommunernas tudelade ansvar som både huvudmän och vårdgivare. Lagen består av fem avdelningar: avdelning I innehåller inledande bestämmelser (1–2 kap.), avdelning II innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård (3–6 kap.), avdelning III innehåller bestämmelser om regionens ansvar som huvudman (7–10 kap.), avdelning IV innehåller bestämmelser om kommunens ansvar som huvudman (11–13 kap.) och avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (14–18 kap.).

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § HSL hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL), varav primärvården är en del.

Med primärvård avses 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 (2 kap. 6 § HSL).⁴ Sedan den 1 juli 2021 finns även en bestämmelse i 13 a kap. 1 § HSL⁵ om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag, nämligen att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig,

³ Prop. 2016/17:43, s. 1.

⁴ Definitionen fick en delvis ny lydelse som trädde i kraft den 1 juli 2021 genom prop. 2019/20:164.

⁵ För förarbetsuttalanden, se prop. 2019/20:164, s. 73 ff.

- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

3.3.2 Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård

De grundläggande målen för den svenska hälso- och sjukvården är, som framgår av 3 kap. 1 § första stycket HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen infördes i den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det saknades tidigare några samlade övergripande mål för hälso- och sjukvården. Då fanns bara olika mål som uttalades av olika instanser och som formulerades på olika sätt. Enligt regeringen hade värdet av ett samlat mål även ökat då Sverige gått från ett gynnsamt ekonomiskt läge där olika disparata mål ändå hade kunnat tillgodoses till ett kärvare ekonomiskt läge som förväntades bestå under en lång tid. Målen infördes för att, enligt regeringen, ”lägga fast mer översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården”. Vidare angavs att målen bör ange ”önskvärda framtida tillstånd” och inte bör ”ange egenskaper eller krav på organisatoriska eller andra förändringar”.⁶

Regeringen uttalade i propositionen till den ursprungliga HSL att en första del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma ett tillstånd där hela befolkningen har en god hälsa.⁷

Vad som avses med god hälsa sågs, enligt regeringen, som svårt att klart definiera, vilket till stor del berodde på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med den enskilda människan och att dess betydelse därför kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet angavs vara den varierande och föränderliga synen på vad som är friskt och sjukt. Vidare angavs att innebörden av begreppet hälsa i hög grad påverkas av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden samt att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika sociala grupper och åldersgrupper. Regeringen hänvisade även till WHO:s definition av hälsobegreppet som angav att

⁶ Prop. 1981/82:97, s. 26.

⁷ Prop. 1981/82:97, s. 27.

”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet”.⁸

Att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt motiven i samma proposition att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster.⁹ Regeringen uttalade vidare att möjligheterna att få vård inte får påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, betalningsförmåga, utbildning, nationalitet, språk, religion, kulturella olikheter och andra liknande förhållanden.¹⁰

I 3 kap. 1 § HSL andra stycket lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården.¹¹ Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa HSL:s grundtema och mål: en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och på administrativ nivå samt i den kliniska vardagen inom vården. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

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

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

⁸ Prop. 1981/82:97, s. 112 f.

⁹ Prop. 1981/82:97, s. 27.

¹⁰ Prop. 1981/82:97, s. 27 och 114.

¹¹ Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

vitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna.¹² Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

I förarbetena ges exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bl.a. att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet. Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt 5 kap. 1 § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

All hälso- och sjukvård ska enligt 5 kap. 2 § HSL ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

I HSL finns också bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL).

3.3.3 Regionens ansvar som huvudman

Med huvudman avses enligt 2 kap. 2 § HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

¹² Prop. 1996/97:60, s. 21.

Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § HSL statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Huvudsakligen är det regionerna som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i regionen och till vissa andra (8 kap. HSL). Kommunerna har enligt 12 kap. 1 § HSL ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och för dem som vistas i viss dagverksamhet enligt samma lag. Kommunerna har också, under förutsättning att kommunen kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen.

I 7 kap. 2 § HSL, i avdelningen som rör regionens ansvar som huvudman, anges att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvården samt att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Av förarbetena till bestämmelsen framgår följande.

Landstingskommunen får alltså planera verksamheten på det sätt som den finner mest ändamålsenligt. Dock måste planeringen alltid vara så utformad att kraven på hälso- och sjukvården uppfylls och att verksamheten strävar mot det övergripande målet i 2 §.¹³

Landstingskommunens planeringsansvar omfattar inte endast den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska alltså vid planeringen av den egna verksamheten ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för, t.ex. privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.¹⁴

3.3.4 Avtal med annan om överlämnande av uppgifter

Det finns bara en bestämmelse i HSL som uttryckligen reglerar vad som gäller när regionen överlämnar uppgiften att utföra vård åt någon annan, exempelvis en privat vårdgivare. Bestämmelsen finns i 15 kap. 1 § HSL och anger att regionerna och kommunerna med bibehållet huvudmannaskap kan sluta avtal med någon annan om att utföra vården, såvida den inte innefattar myndighetsutövning. Av

¹³ Prop. 1981/82:97, s. 122.

¹⁴ Prop. 1981/82:97, s. 122 f.

bestämmelsen följer också att de särskilda villkor som gäller för överlämnandet ska framgå av avtalet.

Att huvudmannskapet behålls innebär att regionerna och kommunerna har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten och att de därmed också bl.a. är skyldiga att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som finns för verksamheten.¹⁵

Bestämmelsen införs år 1993

Den ursprungliga bestämmelsen infördes år 1993 i 3 § andra stycket i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).¹⁶ Bestämmelsens lydelse var då:

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Därefter har vissa tillägg och justeringar gjorts i bestämmelsen.

I propositionen till bestämmelsen, prop. 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*, lämnades förslag som syftade till att öka inslagen av konkurrens i den kommunala verksamheten. Propositionen föregicks av en parlamentarisk kommitté, Lokaldemokrati-kommittén, som bl.a. hade till uppgift att utarbeta förslag inriktade på att underlätta införandet av alternativa produktions- och driftsformer i den kommunala verksamheten.¹⁷

I propositionen till bestämmelsen användes begreppet ”entreprenad”, vilket avser sådan verksamhet som utförs av annan producent än kommunens eller regionens egna organ.¹⁸ Regeringen konstaterade att konkurrens är ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet inom den kommunala sektorn men att de rättsliga förutsättningarna för entreprenader i specialreglerad kommunal verksamhet i vissa fall är oklara. Regeringen föreslog därför en särskild reglering i frågan. Regeringen uttalade följande.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget (3 §). Även

¹⁵ Se t.ex. prop. 2016/17:43, s. 146.

¹⁶ Prop. 1992/93:43.

¹⁷ Dir. 1992:12.

¹⁸ Prop. 1992/93:43, s. 3.

om det i förarbetena till den aktuella bestämmelsen klart har uttalats att den inte innebär att landstinget självt måste bedriva verksamheten (prop. 1981/82:97 s. 33) råder osäkerhet huruvida landstinget kan träffa avtal med någon annan om driften.¹⁹

[Det bör] införas ett tillägg som klargör att landstinget respektive kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra de lagreglerade uppgifterna. Även här bör anges att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte får lämnas över till ett privaträttsligt organ.²⁰

Regeringen uttalade vidare följande.

Det har också i bl.a. förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen uttalats att landstingens huvudmannaansvar för hälso- och sjukvård i och för sig inte innebär en skyldighet för regionen att själva bedriva denna verksamhet (prop. 1981/82:97 s. 33). I likhet med kommittén anser regeringen därför att huvuddelen av den nuvarande sjukvården bör kunna läggas ut på entreprenad.²¹

Det har förekommit att driften av en vårdcentral har överlämnats till ett privat bolag. Frågan om tillåtligheten av detta har såvitt känt inte prövats av domstol. Under förutsättning av att landstinget genom sin nämnd kan styra verksamhetens inriktning och att kraven på landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls bör det inte föreligga några hinder mot denna form av entreprenad. Dessa frågor och frågor om äganderätten till patientjournaler m.m. får regleras i avtalet med entreprenören.²²

Någon principiell skillnad mellan att överlämna driften av en vårdcentral och t.ex. ett sjukhus föreligger inte. Det finns privata sjukhus med vilka regionen tecknar avtal om vård för ett visst antal patienter eller en enskild patient. Lagligheten av sådana avtal kan knappast ifrågasättas.²³

Huvudmannaansvaret för de akuta sjuktransporterna har sedan lång tid tillbaka inte ansetts medföra en skyldighet för landstingen att genom egna organ utföra transporterna. Om transporterna läggs ut på entreprenad, vilket i stor utsträckning är fallet, har landstinget dock en skyldighet att övervaka att transportorganisationen inte brister i ett eller annat hänseende.²⁴

¹⁹ Prop. 1992/93:43, s. 8.

²⁰ Prop. 1992/93:43, s. 8 f.

²¹ Prop. 1992/93:43, s. 23.

²² Prop. 1992/93:43, s. 23.

²³ Prop. 1992/93:43, s. 23.

²⁴ Prop. 1992/93:43, s. 23.

Bestämmelsen kompletteras år 2005 med tillägget om att avtalet ska innehålla särskilda villkor

Genom en lagändring år 2005 infördes skrivningen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”.²⁵ Av förarbetena framgår följande.

I propositionen 1993/94:188, Lokal demokrati, uttalade regeringen att det är kommunen eller landstinget och inte primärt entreprenören som inför kommunmedlemmarna svarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som de som bedrivs av kommunen eller landstinget och att man därför avtalsvägen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning. Efter vad som framkommit vid studiet av ett antal entreprenadavtal verkar enligt departementspromemorian detta hittills ha fått föga genomslag inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser därför att reglerna i hälso- och sjukvårdslagen om överlämnade av uppgifter som landstinget respektive kommunen ansvarar för bör kompletteras med en föreskrift om att det i avtalen ska anges de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen behandlar entreprenadavtalens innehåll i nämnda avseenden i allmänna råd.²⁶

Bestämmelsen justeras år 2015 rörande begreppet juridisk person

Genom en lagändring år 2015 ersattes skrivningarna om bolag, förening, samfällighet, stiftelse och enskild individ med begreppet ”juridisk person”.²⁷ Ändringen utgjorde en anpassning till lydelsen i regeringsformen samt motsvarande bestämmelser i kommunallagen (1991:900), tandvårdslagen (1985:125) och socialtjänstlagen (2001:453).

Komplettering år 2017 kring bibehållet huvudmannaskap

Nuvarande bestämmelse i 15 kap. 1 § HSL motsvarar, för regionernas del, tidigare bestämmelse i 3 § tredje stycket tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med den skillnaden att ”med bibehållet huvudmannaskap” har lagts till i första meningen. Av förarbetena

²⁵ Prop. 2004/05:89.

²⁶ Prop. 2004/05:89, s. 21.

²⁷ Prop. 2013/14:118, s. 99.

framgår att tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att regionens eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren.²⁸ Regeringen uttalade följande. ”Landstinget eller kommunen 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. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.”²⁹

Av förarbetena framgår även följande.

Av HSL framgår att landsting och kommuner får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket respektive 18 § femte stycket HSL). Då uppgifter på det sättet överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Landstinget eller kommunen har emellertid även fortsatt ett ansvar som huvudman för de uppgifter som överlämnats. Utredningen, som låg till grund för propositionen, har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal. Remissinstanserna ger stöd till att huvudmannaskapet förtydligas.³⁰

Begränsningar av regionernas möjligheter att överlämna vård

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har begränsat regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvård till privata vårdgivare. Särskilda bestämmelser fanns dels under år 2001–2002 (i form av särskild lagstiftning), dels under år 2006–2007 (i form av bestämmelser i HSL). Innebörden av de nu upphävda bestämmelserna beskrivs på flera ställen i detta betänkande, se vidare i kapitel 4.2.

3.3.5 Regionerna och vårdgarantin

Regionerna ska enligt 9 kap. 1 § HSL erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården,

²⁸ Prop. 2016/17:43, s. 146.

²⁹ Prop. 2016/17:43, s. 146.

³⁰ Prop. 2016/17:43, s. 115.

en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård. Om vårdgarantin inte uppfylls, såvitt avser besök till den specialiserade vården och planerad vård, ska regionen enligt 9 kap. 2 § HSL se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

De tider som gäller för vårdgarantin regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Där framgår att kontakt med primärvården ska fås samma dag som den enskilda söker sådan kontakt, enligt den s.k. tillgänglighetsgarantin. Medicinsk bedömning inom primärvården ska ske inom tre dagar från att den enskilda har sökt kontakt, om vårdgivaren bedömt att den enskilda behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilda först söker kontakt. Denna del av vårdgarantin kallas för bedömningsgaranti inom primärvården.

Vad gäller besöksgarantin inom den specialiserade vården ska den enskilda få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar, räknat från det att remiss utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilda har sökt kontakt med den specialiserade vården. Även vad gäller behandlingsgarantin ska den planerade vården ges inom 90 dagar, detta räknat från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilda ska få den aktuella vården.

I 6 kap. 2 § HSF anges vissa begränsningar kring vilken tid som räknas vid bedömningen av om vårdgarantin enligt punkt 3 eller 4, dvs. om besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, är uppfylld. Det anges också när en enskild ska anses frivilligt avstå från vård.

Regionerna ska, enligt 9 kap. 3 § HSL, rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Av 6 kap. 3 § HSF följer att detta ska göras genom att regionerna lämnar uppgifter till den nationella databas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

3.4 Patientlagen (2014:821)

Patientlagen (2014:821) innehåller vissa bestämmelser som överensstämmer med bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och vissa som kompletterar HSL.

I 1 kap. 6 § patientlagen anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 1 kap. 7 § patientlagen att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I patientlagens andra kapitel finns bestämmelser om tillgänglighet. I 2 kap. 1 § anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 2 kap. 2 § anges att patienten, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare finns i 2 kap. 3–4 §§ bestämmelser om vårdgarantin. Av dessa framgår att om vårdgarantin vad avser besök till den specialiserade vården och planerad vård inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Det finns också bestämmelser om rätten till information (3 kap.), självbestämmande och samtycke (4 kap.) samt delaktighet (5 kap.).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § patientlagen).

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § patientlagen). Av förarbetena framgår följande.

Patienten ska således ges möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården, såsom t.ex. dagkirurgi. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis region-sjukvård enligt 9 § HSL (*nuvarande 2 kap. 7 § HSL, utredningens anmärkning*) under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning. Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.³¹

³¹ Prop. 2013/14:106, s. 125.

3.5 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Vidare finns bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) samt straffbestämmelser och överklagande. Lagen innehåller även ett antal olika definitioner.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med vårdgivare avses enligt 1 kap. 3 § statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 §:

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

Av första stycket framgår att en vårdskada kan bestå av en fysisk eller psykisk sjukdom eller skada eller ett dödsfall, men även att ett lidande kan anses som en vårdskada. Att ett sjukdomstillstånd inte uppmärksammas vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården leder kanske inte till att patienten drabbas av en ny skada eller sjukdom utan snarare till ett förlängt fysiskt eller psykiskt lidande till följd av att inte få vård i rätt tid. Det ska dock vara fråga om ett icke alltför bagatellartat tillstånd för att lidandet ska anses som en vårdskada i lagens mening.³²

För att en vårdskada ska föreligga krävs att det varit något slags kontakt, fysisk sådan eller via telefon, mellan en patient och någon form av hälso- och sjukvårdsverksamhet. [...] Vidare krävs att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet skulle ha kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakten med hälso- och sjukvården.³³

Någon utredning eller behandling behöver inte ha påbörjats för att en vårdskada ska anses ha inträffat. Tvärtom kan, såsom nämnts, en vårdskada uppstå av den anledningen att en adekvat åtgärd inte vidtas. Det krävs inte heller oaktamhet eller uppsåt från hälso- och sjukvårdspersonalens sida för att en vårdskada ska anses föreligga.³⁴

Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § skydd mot vårdskada. Regeringen har i förarbetena till bestämmelsen uttalat följande.

Med patientsäkerhet ska förstås ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår förhindra att patienter skadas i och av vården i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar åtgärder när sådana är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. En hög patientsäkerhet innebär att sannolikheten för att en patient ska drabbas av en vårdskada är liten, medan låg eller dålig patientsäkerhet innebär motsatsen, dvs. sannolikheten för att en vårdskada ska inträffa är större. Patientsäkerhet kan ses som en fun-

³² Prop. 2009/10:210, s. 190.

³³ Prop. 2009/10:210, s. 190.

³⁴ Prop. 2009/10:210, s. 191.

damental kvalitetsdimension i vården men begreppet i sig säger ingenting om nivån på säkerheten, vad som bör eller måste göras för att uppnå en hög patientsäkerhet, hur det ska göras eller vilka eller vem som ska göra det.³⁵

Vidare innehåller patientsäkerhetslagen bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren, men även för personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om legitimation m.m.

3.5.1 Vårdgivarens ansvar vid vårdskada

Enligt 3 kap. PSL är vårdgivare skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 2 § vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 3 § utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 4 § ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vidare har vårdgivare en anmälningsskyldighet för vårdskador till IVO (3 kap. 5–6 §§) och en skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador (3 kap. 8–8 e §§).

³⁵ Prop. 2009/10:210, s. 191.

3.5.2 IVO:s tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, socialtjänstlagen (2001:453) och LSS. Vidare finns det mer detaljerade bestämmelser gällande IVO:s tillsyn i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Syftet med IVO:s tillsyn är enligt 2 § förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar ska särskilt belysas.

Av samma bestämmelse framgår vidare att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.

IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvården och dess personal enligt 7 kap. 1 § PSL. Tillsynen innebär en granskning av att krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter uppfylls. Tillsynsansvaret är oberoende av huvudmannaskap och omfattar såväl privata som offentliga huvudmän. Det enda undantaget till IVO:s tillsynsansvar är över den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk.

Tillsynen ska enligt 7 kap. 3 § PSL främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap., dvs. bl.a. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls.

IVO ska enligt 7 kap. 4 § PSL, inom ramen för sin tillsyn, lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden

avhjälpas, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten.

För att kunna utöva tillsyn har IVO ett flertal verktyg till sitt förfogande. Enligt 7 kap. 20 § PSL är den verksamhet som står under IVO:s tillsyn skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. IVO får även förelägga den som bedriver verksamheten att lämna ut vad som begärs. Ett sådant föreläggande får förenas med vite. Enligt 7 kap. 21 § PSL har IVO rätt att inspektera verksamheter som står under IVO:s tillsyn.

Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs.

Om en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap., dvs. att bl.a. planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls, och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten har IVO skarpare verktyg att ta till. IVO ska då enligt 7 kap. 24 § PSL, om det inte är uppenbart obehövligt, förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter. Ett sådant föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som är nödvändiga för att de påtalade missförhållandena ska kunna avhjälpas och när åtgärderna ska vara utförda. Om missförhållandena utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag får IVO besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten.

IVO har i en förstudie³⁶ konstaterat att myndigheten har ett tillsynsansvar även över målbestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

³⁶ IVO förstudie (2020).

Lagstiftning som särskilt berör regionerna

3.6 Kommunalrätt

3.6.1 Regeringsformen

Av 8 kap. 2 § regeringsformen (RF) framgår att grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden meddelas genom lag. Enligt regeringsformens terminologi innefattar kommun även regioner, jfr 1 kap. 7 § RF.

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag (14 kap. 2 § RF). Av 14 kap. 4 § följer att kommunerna får ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter.

I 12 kap. 4 § RF finns grundlagsstöd för att kommuner och regioner kan lämna över verksamhet till privata utförare. Av den bestämmelsen framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till kommuner samt till andra juridiska personer och enskilda individer.

3.6.2 Grundläggande kommunalrättsliga principer

Vad kommuner och regioner får göra är begränsat i lagstiftning. I 1 kap. 2 § kommunallagen (2017:725), KL, anges följande. ”Kommuner och regioner sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i denna lag eller annan författning.” Bestämmelserna i KL om kommuner avser även regioner, jfr 1 kap. 7 § regeringsformen.

I 2 kap. KL regleras de kommunala angelägenheterna. Bestämmelsen i 1 § handlar om allmänna befogenheter och den s.k. lokaliseringssprincipen. Där anges att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. I 2 § stadgas ett förbud mot att ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. I 3 § regleras likställighetsprincipen, som innebär

att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 5 § KL, ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. Av samma bestämmelse följer dock att för tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får avgifter endast tas ut om det följer av lag. Av 2 kap. 6 § KL följer också självkostnadsprincipen, som anger att kommuner och regioner inte får ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns bestämmelser om regionernas avgifter för hälso- och sjukvården.³⁷

Det förekommer att patienterna helt eller delvis själva betalar regionen för viss vård. Det kan vara fråga om sådan 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. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen som reglerar detta.³⁸

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 7 § KL, driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna. Det föreligger alltså ett förbud mot spekulativ verksamhet inom kommuner och regioner. Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 8 § KL, genomföra åtgärder för att allmänt främja näringslivet i kommunen eller regionen, men är som huvudregel förhindrade att lämna individuellt riktat stöd. Av bestämmelsens andra stycke framgår nämligen att stöd till enskilda näringsidkare får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för det.

I 12 kap. KL finns bestämmelser om revision. Revisorerna granskar årligen, i den omfattning som följer av god revisionssed, all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna

³⁷ Prop. 2016/17:43, s. 116 f.

³⁸ Smer 2014:1. Se även kapitel 8.2.3.

kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Revisorerna ska varje år till fullmäktige lämna en berättelse med redogörelse för resultatet av den revision som avser verksamheten under det föregående budgetåret. De förtroendevalda revisorerna har ansvar för både förvaltnings- och redovisningsrevision.³⁹

3.6.3 Den kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen är en grundläggande del av det svenska statsskicket. Av 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen, RF, framgår att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. I förarbetena uttalade föredragande statsrådet följande.

I vårt land präglas förhållandet mellan kommunerna och statsmakterna och därmed den kommunala självstyrelsen av en helhetssyn. Generellt sett gäller sålunda att staten och kommunerna samverkar på skilda områden och i olika former för att uppnå gemensamma samhälleliga mål. Utgår man från detta synsätt, är det varken lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsessektor. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun måste i stället i ganska vid omfattning kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen.⁴⁰

Vad jag hittills har framhållit talar visserligen för att man iakttar återhållsamhet när det gäller att i grundlag ange den kommunala självstyrelsen. Det hindrar enligt min mening emellertid inte att RF ger tydligt uttryck för vissa fundamentala drag i fråga om kommunernas ställning i styrelseskicket.⁴¹

Genom lagstiftningen har [...] kommunerna fått betydelsefulla åligganden. Dessa uppgifter ger många gånger stor handlingsfrihet åt kommunerna. Av grundläggande betydelse för kommunernas kompetens är emellertid att de utöver sina särskilda åligganden har en fri sektor inom vilken de kan ombesörja egna angelägenheter. Inom detta område finns alltså utrymme för en kommunal initiativrätt. Denna initiativrätt kan sägas bilda en kärna i den kommunala självbestämmanderätten som bör komma till klart uttryck i RF. Jag föreslår därför att det redan i RF:s inledande paragraf tas in en bestämmelse med innehåll att den svenska folkstyrelsen förverkligas förutom genom ett representativt och parla-

³⁹ Prop. 2016/17:171, s. 240.

⁴⁰ Prop. 1973:90, s. 190.

⁴¹ Prop. 1973:90, s. 190.

mentariskt statsskick också genom kommunal självstyrelse. Det senare uttrycket är visserligen obestämt, men det kan likväl anses belysande när det gäller att ge uttryck åt principen om en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för kommunerna.⁴²

Den kommunala självstyrelsen preciseras sedan i bestämmelser i 14 kap. RF som tillkom år 2010.

Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund och att närmare bestämmelser om detta finns i lag. Det framgår också att på samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

Det finns skäl att klargöra att principen om kommunal självstyrelse gäller för all kommunal verksamhet. Ett sådant tydliggörande innebär inte [...] att utrymmet för kommunal självstyrelse utvidgas. Även i fortsättningen kommer det vara möjligt att föreskriva skyldigheter för kommuner och landsting i speciallagstiftning i de fall detta motiveras av vikten av att åstadkomma en reglering som ger likvärdig service för invånarna oberoende av var de är bosatta.⁴³

Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. I propositionen där denna proportionalitetsprincip föreslogs uttalade regeringen bl.a. följande.

Det är inte ovanligt att den kommunala självstyrelsen i lagstiftningsärenden ställs mot andra intressen och att det ibland uppstår en omfattande diskussion kring kommunernas krav på en lokal eller regional bestämmanderätt och nationella krav på en enhetlig reglering. Det är i sådana sammanhang viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden. En grundlagsbestämmelse, som innebär att det vid all lagstiftning som kan få betydelse för den kommunala självstyrelsen ska prövas om skälen för den tänkta regleringen motiverar det eventuella intrång i den kommunala självstyrelsen som regleringen innebär, skulle kunna fylla en viktig funktion till skydd för den kommunala självstyrelsen. En sådan reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintresse när begränsningar av självstyrelsen övervägs. En sådan ordning skulle också leda till att riksdagen får ett bättre underlag när det gäller att bedöma olika besluts följder för den kommunala självstyrelsen.⁴⁴

⁴² Prop. 1973:90, s. 190.

⁴³ Prop. 2009/10:80, s. 211.

⁴⁴ Prop. 2009/10:80, s. 212.

En proportionalitetsprövning av detta slag bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om den kommunala självstyrelsen välja den reglering som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten. Det bör framhållas att detta givetvis förutsätter att det i lagstiftningsprocessen har gjorts noggranna analyser av den påverkan olika förslag har på den kommunala självstyrelsen.⁴⁵

Vidare framhöll regeringen att proportionalitetsprincipens huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Det uttalades att det är ”av avgörande betydelse att den slutliga bedömningen av om proportionalitetskravet är tillgodosett görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget.”⁴⁶

3.6.4 Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter

I 3 kap. 12 § kommunallagen (2017:725), KL, anges att kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Att regioner och kommuner har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår också av 10 kap. 1 § KL.

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår dessutom att en region och en kommun med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lagen, såvida de inte innefattar myndighetsutövning. En närmare redogörelse för denna bestämmelse återfinns i kapitel 3.3.4.

Av förarbetena till KL framgår följande:

En grundläggande princip är att den verksamhet som lämnas över till privaträttsliga subjekt ska falla inom den kommunala kompetensen och att risken för kompetensöverskridanden vid verksamhetens utövande ska vara ringa. Samma kommunalrättsliga principer som styr den rent kommunala verksamheten styr också kommunerna och landstingens

⁴⁵ Prop. 2009/10:80, s. 212.

⁴⁶ Prop. 2009/10:80, s. 213.

verksamhet genom privaträttsliga subjekt. De får därför inte heller anlita t.ex. ett bolag för åtgärder som de inte själva får vidta.⁴⁷

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionen kontrollera och följa upp verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare. Detta regleras i 10 kap. 8 § KL. Regionen ska, enligt 10 kap. 9 § KL, genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodose (5 kap. 3 § KL).

3.6.5 Lagen om vissa kommunala befogenheter

Lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter innehåller bestämmelser som ger kommuner och regioner ökade befogenheter i förhållande till vad som gäller enligt kommunallagen (2017:725). Lagen innehåller kompetensutvidgande regler som möjliggör för kommuner och regioner att ägna sig åt uppgifter som de annars inte skulle ha rätt att göra.

Lagen anger olika områden där kommuner och/eller regioner ges ökad kompetens. Enligt 5 kap. 1 § får regioner och kommuner bl.a. tillhandahålla sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten för export, s.k. tjänsteexport. Lagen innebär att kommuner och regioner i vissa fall får lämna bistånd till andra länder och även exportera sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten. Lagen utgör i denna del ett undantag från lokaliseringsprincipen. Lagen innehåller vidare krav på att kommunal tjänsteexport ska ske på affärsmässiga grunder, vilket innebär ett undantag från självkostnadsprincipen.⁴⁸ Bestämmelserna om tjänsteexport och internationellt bistånd i 5 kap. 1–9 §§ motsvarar, tillsammans med 1 kap. 2 § och 3 §, innehållet i den numera upp-

⁴⁷ Prop. 2013/14:118, s. 25.

⁴⁸ Prop. 2008/09:21, s. 22.

hävda lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd.⁴⁹

3.7 Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

3.7.1 Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

Som framgår ovan kan regioner sluta avtal med andra om att utföra uppgifter som ankommer på regionen, t.ex. att bedriva hälso- och sjukvård. När regionerna sluter avtal med privata utförare om att utföra uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, sker det med bibehållet huvudmannaskap för regionen (15 kap. 1 § HSL), men vården utförs av de privata vårdgivarna.⁵⁰

I fråga om primärvården är det reglerat i 7 kap. 3 § HSL att regionen ska organisera denna inom ramen för ett vårdvalssystem. Det framgår också att lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ska tillämpas när regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem. Det står regionerna fritt att införa valfrihetssystem inom de övriga områden som omfattas av LOV, vilket enligt 1 kap. 1 § LOV, är ett mycket stort antal tjänster inom bl.a. hälsovård och socialtjänster.⁵¹

För det fall ett vårdvalssystem inte införts för ett visst område ska avtalstecknande i stället föregås av ett upphandlingsförfarande i enlighet med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

Valfriheten innebär fri etablering av utförare, att patienten kan välja, och välja ny, utförare, samt att ersättningen till utföraren följer patientens val. Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården kallas i regel för vårdval eller hälsoval. Regler om vårdval och valfrihet finns i ett flertal författningar.

Förfarandet är i grova drag likadant enligt LOU och LOV, med undantag för avtalsstadiet. Enligt LOU tecknas avtal med den (eller de) leverantör(er) som vinner en upphandling, medan det enligt LOV tecknas avtal med samtliga leverantörer som godkänns. Det är

⁴⁹ Förarbeten återfinns i prop. 1985/86:154, prop. 1993/94:189 och prop. 2000/01:42.

⁵⁰ För mer information om huvudmannaskapets innebörd se kapitel 6.

⁵¹ I lagen anges att den gäller bl.a. tjänster som omfattas av CPV-kod 85000000-9 till 85323000-9 med tre undantag. Koderna avser en lång rad tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet samt inom socialvården. CPV är en förkortning för Common Procurement Vocabulary, ett klassificeringssystem i syfte att standardisera terminologin vid offentliga upphandlingar. Terminologin fastställs i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 och har ändrats genom Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008.

således upp till den enskilda patienten att välja leverantör (dvs. vårdgivare) i stället för den upphandlande myndigheten, regionen.

Följande avsnitt om principer och terminologi gäller både för LOU och LOV. De närmare förfarandena enligt de olika lagarna beskrivs i efterföljande avsnitt, där också fler skillnader mellan lagarna framgår.

3.7.2 Upphandlingsrättsliga begrepp och principer

I kapitel 2 redogörs för de begrepp som används i betänkandet. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används bl.a. begreppen region, patient, vårdgivare och utförare. I lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, används i stället begreppen upphandlande myndighet, enskild, leverantör och sökande, eftersom lagarna inte endast är tillämpliga på vårdområdet. Av samma anledning använder LOV begreppet valfrihetssystem, medan begreppet vårdvalssystem används i HSL. Dessa ord, valfrihetssystem och vårdvalssystem, används i detta betänkande synonymt.

LOU bygger på ett EU-direktiv, Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG. LOV bygger inte på något EU-direktiv, men innehåller ett antal bestämmelser som bygger på EU-rätten.

För såväl LOU som LOV gäller att upphandlande myndighet ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iakttä principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet (1 kap. 2 § LOV och 4 kap. 1 § LOU).

Principerna är allmänna EU-rättsliga principer som följer av Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF). Principerna behöver därför tolkas i ljuset av EU-rätten. Det finns rikhaltig praxis rörande principernas tolkning från såväl svenska domstolar som EU-domstolen. Principerna förklaras kortfattat nedan.

Likabehandling

Likabehandlingsprincipen innebär att alla leverantörer ska behandlas på samma sätt, och att särbehandling av någon särskild leverantör, positiv eller negativ, inte får ske. Principen innebär även att samtliga leverantörer ska ha samma förutsättningar för att lämna sitt mest konkurrenskraftiga anbud, t.ex. ska leverantörerna få samma information samtidigt.

Icke-diskriminering

Principen om icke-diskriminering innebär att det är förbjudet att diskriminera en utförare på grund av faktorer som nationalitet eller etableringsort. Detta förbud gäller inte enbart mot öppen diskriminering utan även alla former av dold diskriminering som, genom tillämpning av andra särskiljande kriterier, faktiskt leder till samma resultat.

Öppenhet

Principen om öppenhet (transparens) innebär att en upphandling ska genomföras på ett öppet sätt och ha sådan transparens att det av annons och förfrågningsunderlag på ett tydligt och klart sätt ska gå att utläsa vad som ska köpas, samtliga krav som ställts upp samt hur anbudsutvärderingen ska ske. Regionerna och kommunerna är således skyldiga att skapa öppenhet och lämna information om upphandlingen eller valfrihetssystemet och det praktiska tillvägagångssättet vid denna.

Ömsesidigt erkännande

Principen om ömsesidigt erkännande innebär att intyg och certifikat som har utfärdats av en medlemsstats behöriga myndigheter ska gälla också i övriga EU- och EES-länder.

Proportionalitet

Proportionalitetsprincipen innebär att kraven på utföraren eller leverantören och upphandlingsföremålet måste ha ett naturligt samband och stå i rimlig proportion till det som ska upphandlas. De krav som ställs ska dels vara lämpliga och effektiva för att uppnå syftet, dels ska de vara nödvändiga för att uppnå syftet – på så vis att det saknas mindre ingripande alternativ som också är lämpliga och effektiva. Om det finns flera alternativ för att uppnå samma mål ska det alternativ väljas som är minst belastande för utföraren. Dessutom ska det prövas om den negativa effekt som kravet får på den rättighet eller det intresse som inskränks är oproportionerligt eller överdrivet i förhållande till det eftersträlvade syftet.

3.7.3 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen

Vad som utgör ett vårdvalssystem definieras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Av bestämmelsens första stycke framgår att en patient kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja fast läkarkontakt. Vidare framgår att regionen har skyldighet att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, kan göra sådana val, samt att regionen inte får begränsa den enskildas val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Regionen ska vidare, enligt bestämmelsens andra stycke, utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildas val av utförare.

Av tredje stycket framgår att när en region beslutat att införa ett vårdvalssystem, ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i förfarande enligt LOV som kan ingå i vårdvalssystemet. Regionen kan, som komplement till ett LOV-förfarande, teckna avtal med olika parter efter traditionell upphandling av driften av en verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

När det gäller konkurrensneutraliteten i LOV-respektive LOU-förfarande framgår följande av förarbetena.

För att uppnå konkurrensneutralitet mellan den LOU-upphandlade driftentreprenaden och vårdgivare som godkänns enligt LOV kan landstinget i LOU-upphandlingen inte ange några volymgarantier. Vidare ska den ekonomiska ersättningen framgå av förfrågningsunderlaget. I situationer där exempelvis ett landsting vill konkurrensutsätta egenregiverksamhet i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarandet enligt LOV kan, som påpekats ovan, landstinget dock erbjuda bättre ekonomiska villkor till den LOU-upphandlade verksamheten än till en utförare som tecknat kontrakt efter att ha godkänts enligt LOV. Inom ett vårdvalssystem kan det förutom privata utförare, som tecknat kontrakt enligt LOV eller LOU, finnas vårdgivare inom landstingets egen regi. Samtliga dessa ska patienterna således kunna välja som utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.⁵²

3.7.4 Valfrihetssystem enligt LOV

När en region bestämt sig för att inrätta ett vårdvalssystem ska ett förfarande enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, inledas. En upphandlande myndighet som beslutat att inrätta eller förändra ett valfrihetssystem, har enligt 3 kap. 1 § LOV skyldighet att annonsera ett s.k. förfrågningsunderlag som, tillsammans med annonsen, ska finnas tillgängligt på en nationell webbplats som har upprättats för detta ändamål. Sådan annonsering ska ske löpande (3 kap. 2 § LOV).

Enligt definitionen i 2 kap. 1 § LOV utgör förfrågningsunderlaget sådant underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.

Av 4 kap. LOV framgår vad förfrågningsunderlaget ska innehålla. Där anges att grunderna för den ekonomiska ersättningen till en leverantör (1 §) och inom vilken tid beslut om godkännande kommer att fattas (4 §) ska finnas med i förfrågningsunderlaget. Vidare ska det av förfrågningsunderlaget eller annonsen också framgå på vilket sätt ansökan ska ges in (4 kap. 3 §). Av 4 kap. 2 § framgår därutöver att den upphandlande myndigheten får ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras, och att samtliga villkor måste anges antingen i annonsen eller i förfrågningsunderlaget.

Några närmare bestämmelser om vilka krav som får ställas i förfrågningsunderlaget framgår inte direkt av lagstiftningen, utan får avgöras med tillämpning av de grundläggande principerna (1 kap. 2 §

⁵² Prop. 2008/09:74, s. 52.

LOV). Kraven måste vara relevanta och proportionerliga i förhållande till de tjänster som valfrihetssystemet omfattar. De krav som ställs måste också kunna följas upp av myndigheterna.

Rätten att få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § LOV, där det framgår att såväl fysiska som juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra leverantörer, kan lämna in en ansökan. Upphandlande myndighet kan därmed inte ställa krav på en viss juridisk form för att få lämna en ansökan. Ett sådant krav kan dock ställas när leverantören väl blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt.

Enligt 5 kap. 2 § LOV får en sökande vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet i ansökan. Sökanden ska, genom att tillhandahålla ett åtagande från företagen i fråga eller på annat sätt, kunna visa att sökanden kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

I 7 kap. LOV anges grunderna för när en sökande kan uteslutas av den upphandlande myndigheten och således går miste om att delta i ett utannonserat valfrihetssystem.

Alla leverantörer som uppfyller kraven i annonsen och förfrågningsunderlaget och som inte uteslutits enligt 7 kap. 1 § LOV, ska godkännas enligt 8 kap. 1 §. Kontrakt ska därefter tecknas utan dröjsmål efter ett godkännande (8 kap. 3 §).

Regionerna tecknar därmed avtal med flera leverantörer, och det är upp till den enskilda patienten att välja vilken vårdgivare den vill vända sig till. För att patienten ska kunna göra ett informerat val finns det reglerat i 9 kap. 1 § LOV att den upphandlande myndigheten till enskilda ska lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vidare, enligt samma bestämmelse, vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig.

3.7.5 Upphandling enligt LOU

Enligt 1 kap. 1 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, är lagen tillämplig vid upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet (offentlig upphandling). Formkraven för hur en upphandling ska genomföras framgår av lagen. Där framgår bl.a. vilka typer av förfaranden som finns, när dessa får användas, regler

kring annonsering, vilka som får delta i upphandling och hur kontrakt tilldelas.

Som nämnts ovan finns det flera likheter mellan förfarandena enligt LOU och LOV. LOU bygger dock på EU-direktiv⁵³ och behöver därför alltid tolkas i ljuset av direktivtext och avgöranden från EU-domstolen. Vidare är ett upphandlingsförfarande enligt LOU mer detaljreglerat än ett förfarande enligt LOV.

När det gäller regelverket runt LOU finns olika förfaranden som kan tillämpas beroende på ett antal faktorer, och det finns även tröskelvärden att beakta som påverkar vilket förfarande som ska användas.

3.7.6 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Utöver lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, finns också två andra lagar som tillämpas av regionerna när det kommer till avtal med privata vårdgivare, nämligen lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Dessa brukar benämnas den s.k. nationella taxan.

Enligt lagarna lämnas ersättning till läkare respektive fysioterapeuter som har samverkansavtal med regionen (5 §). Samma bestämmelser anger dock också att regionen vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal ska tillämpa LOU eller LOV, om inte annat följer av 5 a–h §§, där ersättningsetablering behandlas. Ersättningen till läkarna respektive fysioterapeuterna är fastställd i särskilda förordningar, förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.

I både LOL och LOF finns bestämmelser om verksamhetsuppföljning m.m. I LOL anges att en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Läkaren ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp

⁵³ Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning. Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

I LOF anges att en fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök. Fysioterapeuten ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

I SOU 2020:19 föreslås att LOL och LOF ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

3.8 Bisysslor

Bestämmelser om offentliganställdas bisysslor finns i lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, anställningsförordningen (1994:373), högskolelagen (1992:1434), samt i andra författningar som gäller statsanställda. Bisysslor regleras också i kollektivavtal både för statsanställda och kommun- och regionanställda samt för anställda i vissa offentliga bolag.

En bisyssla kan för en arbetstagare vara tillåten eller otillåten. De otillåtna bisysslorna brukar delas in i tre kategorier:

- Förtroendeskadliga bisysslor
- Arbetshindrande bisysslor
- Konkurrensbisysslor

SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.⁵⁴ Flera regioner har därutöver tagit fram mer detaljerade regler för bisysslor till hjälp bl.a. vid bedömningen om en bisyssla

⁵⁴ Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

ska vara tillåten eller otillåten, t.ex. Region Stockholm⁵⁵ och Region Sörmland⁵⁶.

En och samma bisyssla kan falla under alla tre kategorierna, dvs. vara förtroendskadlig, arbetshindrande och konkurrerande med arbetsgivaren på samma gång.⁵⁷

I det följande beskrivs närmare de tre olika kategorierna av bisysslor.

3.8.1 Förtroendskadliga bisysslor

Den typ av bisyssla som regleras i lag avser s.k. förtroendskadliga bisysslor. Lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, gäller för arbetstagare hos riksdagen och dess myndigheter samt hos myndigheterna under regeringen. Enligt 2 § LOA gäller bestämmelserna om förtroendskadliga bisysslor (7–7 c §§) även arbetstagare i kommun, region och kommunalförbund.

Enligt 7 § LOA får inte arbetstagare ha någon anställning eller något uppdrag eller utöva någon verksamhet som kan rubba förtroendet för hens eller någon annan arbetstagares opartiskhet i arbetet eller som kan skada myndighetens anseende.

7 § LOA har till syfte att upprätthålla allmänhetens förtroende för myndigheternas opartiskhet. Bestämmelsen skall tillgodose det allmänna intresset av saklighet och opartiskhet i utövandet av offentlig verksamhet. Bestämmelsen uttrycker en grundsats som får anses följa redan av den offentliga anställningens beskaffenhet.⁵⁸

För att en bisyssla ska vara otillåten behöver det inte ha konstaterats att den anställde verkligen har varit partisk i något ärende eller att allmänhetens förtroende för myndigheten eller dess anställda faktiskt har minskat. Det räcker att det finns risk för att allmänheten sätter opartiskheten i fråga på grund av bisysslans existens.⁵⁹

Arbetsgivaren ska enligt 7 a § LOA på lämpligt sätt informera arbetstagarna om vilka slags förhållanden som kan göra en bisyssla otillåten enligt 7 §.

⁵⁵ Region Stockholm, LS 2017-1339.

⁵⁶ Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

⁵⁷ Prop. 2000/01:147, s. 9.

⁵⁸ Prop. 2000/01:147, s. 10.

⁵⁹ SOU 2000:80, s. 172.

En arbetstagare ska enligt 7 b § LOA på arbetsgivarens begäran lämna de uppgifter som behövs för att arbetsgivaren ska kunna bedöma arbetstagarens bisysslor.

Vidare ska en arbetsgivare enligt 7 c § LOA besluta att en arbetstagare som har eller avser att åta sig en bisyssla som inte är förenlig med 7 § ska upphöra med eller inte åta sig bisysslan. Beslutet ska vara skriftligt och innehålla en motivering.

Exempel på förtroendeskadliga bisysslor i regionerna

- Om en medarbetare ägnar sig åt alternativa behandlingsmetoder som är vetenskapligt tveksamma, om det finns en risk att patienten och/eller allmänheten kan uppfatta det som att om regionen står bakom metoden.⁶⁰
- Om bisysslan medför att medarbetaren har intressen i ett företag som anlitas av regionen och medarbetaren kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen i sin egenskap av medarbetare i regionen angående avtal om t.ex. upphandling eller inköp.⁶¹
- Uppdrag i bemanningsföretag om det innebär att man hyrs ut till sin egen region.⁶²

3.8.2 Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal

I föregående avsnitt har den bisyssla som regleras i lag beskrivits. I kollektivavtal regleras ytterligare två typer av förbjudna bisysslor, de arbetshindrande bisysslorna och konkurrensbisysslorna.⁶³

Exempel på arbetshindrande bisysslor i regionerna

Bisyssla ska bedömas som arbetshindrande om den innebär att arbetsgivaren inte kan planera sin verksamhet utan att ta hänsyn till medarbetares bisyssla.⁶⁴

⁶⁰ Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

⁶¹ Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

⁶² Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1 och Region Stockholm, LS 2017-1339.

⁶³ Se exempelvis Villkorsavtal-T.

⁶⁴ Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

Region Stockholm väger in följande faktorer i bedömningen.

- Antalet timmar som ägnas åt bisysslan.
- Sysselsättningsgraden. En medarbetare som arbetar deltid kan i normalfallet tillåtas ägna flera timmar åt sin bisyssla än en heltidsarbetande medarbetare.
- Den faktiska arbetstid som utförs under en period (ATL-tid, dvs. ordinarie arbetstid, övertid och jourtid – dock inte beredskap).
- Kraven i medarbetarens arbetsuppgifter: Ju högre kraven är på en medarbetares arbetsuppgifter, desto mindre negativ inverkan av en bisyssla kan accepteras.⁶⁵

Exempel på konkurrerande bisysslor i regionerna

- Uppdrag som innebär att medarbetare utför arbete hos annan vårdgivare som beställts eller finansierats av regionen och då uppdraget annars hade kunnat utföras av regionen är konkurrerande och inte tillåtlig.⁶⁶
- Huvudregeln är att all anställning i bemanningsföretag ska ses som konkurrerande bisyssla. Vissa företag och organisationer bedriver både verksamhet som konkurrerar med regionen och verksamhet som inte konkurrerar med regionens verksamhet. Där emot är det tillåtet att arbeta inom den del som inte konkurrerar med regionens verksamhet, förutsatt att det går att göra en sådan skillnad. Vid en bedömning av om en medarbetares bisyssla är en konkurrerande bisyssla eller inte har det inte någon betydelse vilka arbetsuppgifter eller vilken befattning som medarbetaren har i sitt arbete inom regionen. Det är vilken typ av verksamhet som medarbetaren utför i sin bisyssla som är avgörande.⁶⁷

⁶⁵ Region Stockholm, LS 2017-1339.

⁶⁶ Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

⁶⁷ Region Stockholm, LS 2017-1339.

Rättsfall

Det finns endast två domar från Arbetsdomstolen som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården. De redovisas i det följande.

AD 1999 nr 27

En regionanställd barnmorska arbetade bl.a. med ultraljudsundersökningar. Hon fick ett erbjudande att arbeta åt ett bolag med utförandet av ultraljudsundersökningar, cirka två timmar per vecka på kvällstid. Hon förbjöds av regionen att inneha bisysslan med hänvisning till kollektivavtalets konkurrensförbud. Tvisten gällde huruvida regionen haft rätt att förbjuda barnmorskan att inneha bisysslan.

Arbetsdomstolen konstaterade först att det har överlämnats åt arbetsgivaren att ensidigt bedöma om det föreligger en konkurrens-situation eller inte. Det hindrar inte att ett förbud mot en bisyssla kan anses som godtyckligt eller otillbörligt om t.ex. arbetsgivarens påstående om konkurrens framstår som helt obefogat. Arbetsdomstolen ansåg vidare att syftet med bestämmelsen i kollektivavtalet inte kan tolkas som att den endast är tillämplig för arbetstagare som styr över patienter från regionen till enskilda bolag i vilka de har ett ägarinflytande och kan göra en ekonomisk vinst. Arbetsdomstolen ansåg det heller inte som otillbörligt att regionen hade tillåtit vissa andra anställda att ha bisysslor där de ägnade sig åt samma verksamhet som i deras ordinarie anställning. Regionen hade således rätt att fatta beslut om att förbjuda bisysslan och ett sådant förbud var inte otillbörligt.

AD 2020 nr 9

Tvisten gällde att en läkares arbetsgivare vid tre tillfällen hade nekat läkaren att utföra sin bisyssla hos en privat vårdgivare. Anledningen till nekandet berodde inte på att bisysslan i sig sågs som konkurrerande eller förtroendeskadlig utan på grund av att läkaren var inne i en rehabiliteringsprocess grundat i läkares astma och att arbetsgivaren ansåg att bisysslor i sig då kunde vara arbetshindrande. Arbetsdomstolen gick på arbetsgivarens linje avseende de två första tillfällena men inte vid det tredje tillfället då det inte fanns några

rehabiliteringsåtgärder planerade. Arbetsgivarens beslut kunde då ses som godtyckligt eftersom någon egentlig prövning av de faktiska omständigheterna vid beslutstillfället inte vidtagits.

Arbetsdomstolen uttalade följande om kollektivavtalsregleringen i AB 17.

Enligt Arbetsdomstolens mening utgör bestämmelsen en s.k. arbetsgivarventil. Det innebär att det har överlämnats åt arbetsgivarens diskretionära prövning att tillämpa bestämmelsen inom ramen för dess tillämpningsområde. Arbetsgivarens fria prövningsrätt är inskränkt endast så till vida att den inte får utnyttjas på ett godtyckligt eller eljest otillbörligt sätt. Frågan om en arbetsgivare genom beslut i en skälighetsfråga har överskridit sin fria prövningsrätt kan underställas domstols prövning. Om så sker och domstolen därvid finner att arbetsgivaren har hållit sig inom ramen för sin prövningsrätt, kan domstolen inte gå in på frågan huruvida arbetsgivaren skäligen hade bort fatta ett annat beslut.

Lagstiftning som berör skydd och rättigheter

3.9 Rätten till egendomsskydd

Av 2 kap. 15 § regeringsformen, RF, framgår att vars och ens egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

Av samma bestämmelse framgår vidare att den som genom expropriation eller något annat sådant förfogande tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten. Ersättning ska också vara tillförsäkrad den för vilken det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad på sådant sätt att pågående markanvändning inom berörd del av fastigheten avsevärt försvåras eller att skada uppkommer som är betydande i förhållande till värdet på denna del av fastigheten. Ersättningen ska bestämmas enligt grunder som anges i lag.

Bestämmelsen inleds med att varje medborgares egendom är tryggad. Denna formulering har inte någon självständig rättslig betydelse utan anger endast det övergripande syftet med bestämmelsen så som det kommer till uttryck i dess fortsatta lydelse. Syftet är alltså inte att genom denna bestämmelse ge ett heltäckande skydd för all

egendom, utan att slå fast att hela vår rättsordning, liksom hittills, ska ge ett betryggande skydd för den enskildas egendom. Med uttrycket varje medborgare kan, liksom med paragrafens nuvarande lydelse, avses såväl fysiska som juridiska personer.⁶⁸

Med uttrycket ”expropriation eller annat sådant förfogande” avses att en förmögenhetsrätt, dvs. äganderätt eller annan rätt med ett ekonomiskt värde (bl.a. nyttjanderätt, servitut eller vägrätt), tvångsvis överförs eller tas i anspråk.⁶⁹

Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller ingrepp som innebär att egendom förstörs t.ex. på grund av risk för smitta. Inte heller skatt, böter, viten och exekutiva åtgärder omfattas av bestämmelsen. Som exempel på förfoganden som är likställda med expropriation har nämnts nationalisering och socialisering av egendom.⁷⁰

Förutom att ge ett skydd mot att rättigheter tvångsvis överförs eller tas i anspråk omfattar grundlagsskyddet sådan lagstiftning som innebär begränsningar i innehavarens rätt att använda mark och byggnader. Med det avses allehanda inskränkningar i form av byggnadsförbud, användningsförbud, åtgärder enligt skogsvårdslagen (1979:429), strandsskyddsförordnande, beslut om naturreservat och andra beslut enligt miljöbalken m.m.⁷¹

Den enskildas egendom är inte ovillkorligt skyddad av det allmänna. Det finns situationer då angelägna allmänna intressen kan gå före. Det kan handla om samhällets behov av mark för bl.a. naturvårds- och miljöintressen, totalförsvarsändamål, bostadsbyggande, trafikleder och rekreation. För sådana särskilt angelägna ändamål måste som en sista utväg finnas möjlighet att tvångsvis ta i anspråk annans egendom eller begränsa ägarens möjligheter att fritt använda sin egendom. Det måste även vara möjligt att kunna vidta sådana åtgärder till förmån för enskild. Vad som är ett angeläget allmänt intresse måste till slut i viss mån bli föremål för en politisk värdering där hänsyn även måste tas till vad som är godtagbart från rätts-säkerhetssynpunkt i ett modernt och demokratiskt samhälle.⁷²

⁶⁸ Prop. 1993/94:117, s. 48.

⁶⁹ SOU 2008:125, s. 429.

⁷⁰ SOU 2008:125, s. 429 f.

⁷¹ Prop. 1993/94:117, s. 49.

⁷² Prop. 1993/94:117, s. 48.

3.9.1 Europakonventionen

Bestämmelser om egendomsskydd finns även i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Europakonventionen innebär att de anslutna staterna åtar sig att garantera vissa fri- och rättigheter (artikel 1). Vilka rättigheter som avses framgår av en omfattande och relativt detaljerad katalog över fri- och rättigheter (artikel 2–18). Konventionen har vidare kompletterats med olika tilläggsprotokoll som innehåller materiella bestämmelser.⁷³

Även i konventionen finns det bestämmelser om egendomsskydd. Artikel 1 i första tilläggsprotokollet stadgar att varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Bestämmelsen inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse eller för att säkerställa betalning av skatter eller andra pålagor eller av böter och viten.

I artikel 8 anges att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt att offentlig myndighet inte får inskränka åtnjutandet av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

3.9.2 EU:s rättighetsstadga

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU:s rättighetsstadga) behandlas medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter. Det främsta syftet med stadgan är att befästa och klargöra den skyldighet som EU redan hade att respektera grundläggande rättigheter. Det handlar t.ex. om tanke-, religions-, yttrande- och mötesfrihet, rätt till ett skyddat privatliv och barns rätt till skydd och omvårdnad. Stadgan är till stor del en sam-

⁷³ För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 163 ff.

manfattning av de rättigheter som redan finns inom EU genom fördragen och EU-domstolens praxis. Stadgan är indelad i sju avdelningar, där de sex första behandlar olika rättigheter och den sjunde avdelningen innehåller allmänna bestämmelser om tolkning och tillämpning av stadgan.⁷⁴

I artikel 8 anges att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Personuppgifterna ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund.

3.10 Rätten till näringsfrihet

Av 2 kap. 17 § regeringsformen, RF, framgår att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen bl.a. följande.

Genom stadgandet i första stycket slås skyddet för närings- och yrkesfriheten fast. Med att driva näring avses här enskilda som yrkesmässigt bedriver verksamhet av ekonomisk art. Avsikten med att bestämmelsen även avser dem som utövar yrke är att begreppen närings- och yrkesfrihet inte helt stämmer överens med varandra. Att båda begreppen förekommer i paragrafen kan inte gärna leda till oklarhet.⁷⁵

Skyddet har utformats så att det tar sikte på ett särskilt moment i närings- och yrkesfriheten, nämligen den ekonomiska sidan av den s.k. likhetsprincipen. Principen kan kortfattat sägas innebära att alla regleringar på närings- och yrkesfrihetens område måste vara generella på så sätt att alla ska ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas upp för just det yrket eller den näringsgrenen. Under dessa förutsättningar ska bestämmelsen förhindra att någon enskild ekonomiskt ska få gynnas på någon annans bekostnad.⁷⁶

Genom andra ledet i paragrafens första stycke slås fast att inskränkningar aldrig får införas i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Avsikten är att den ekonomiska sidan av

⁷⁴ För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 172.

⁷⁵ Prop. 1993/94:117, s. 50.

⁷⁶ Prop. 1993/94:117, s. 50.

likhetsprincipen ska vara överordnad den princip som läggs fast i det första ledet.⁷⁷ Regeringen uttalade vidare följande.

En inskränkning som införs för att tillgodose ett angeläget allmänt intresse måste vara generell och får inte leda till att likhetsprincipen åsidosätts. Om en sådan inskränkning införs, kan inte uteslutas att detta kan komma att leda till att vissa näringsidkare gynnas. Att sådana gynnsamma ekonomiska konsekvenser aldrig får vara det egentliga syftet med inskränkningen har därför på det sätt kommittén föreslagit kommit till uttryck i paragrafen. Likhetsprincipen skall här förhindra att någon näringsidkare eller annan yrkesutövare gynnas på annans bekostnad. Motsatsvis följer att någon annan härvid också kan komma att missgynnas. Det skall såsom kommittén påpekat därmed i princip inte vara tillåtet att införa regler som innebär att nyetableringar inom viss näring eller visst yrke förhindras eftersom detta innebär ett skydd för dem som redan är etablerade, såvida det inte samtidigt finns något angeläget allmänt intresse av regleringen. Avsikten med den föreslagna lydelsen är emellertid inte att hindra ett offentligt monopol som drabbar alla presumtiva konkurrenter lika, under förutsättning att det införts för att skydda något angeläget allmänt intresse.⁷⁸

3.11 Skydd för den personliga integriteten

Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydanseintrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen, RF).

Regeringsformens skydd för den personliga integriteten infördes genom 2010 års lagändringar. Genom att på grundlagsnivå stärka skyddet för den personliga integriteten, utan att detta skyddsintresse i första hand värderas utifrån intresset av att skydda den fria åsiktsbildningen, kommer enligt förarbetena vikten av respekt för individens rätt att själv förfoga över och ta ställning till det allmännas tillgång till sådan information som rör hans eller hennes privata förhållanden att betonas på ett tydligare sätt än vad som tidigare skett.⁷⁹

Grundlagsskyddet är relativt. Det får alltså begränsas genom lag (2 kap. 20–22 §§ RF). Enligt förarbetena bör skyddet kunna förväntas öka förutsättningarna för att avvägningarna i fråga om integri-

⁷⁷ Prop. 1993/94:117, s. 51.

⁷⁸ Prop. 1993/94:117, s. 51 f.

⁷⁹ Prop. 2009/10:80, s. 176.

tetsintrång blir mer ingående belysta och att de presenteras på ett sådant sätt att kvaliteten i lagstiftningen höjs ytterligare.

Uttrycket ”enskilda personliga förhållanden” avses här ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång” ska både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärden innebär beaktas. Även åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse. De grundläggande fri- och rättigheterna omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildas privata sfär.⁸⁰

3.12 EU:s dataskyddsförordning

Den 27 april 2016 antogs Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 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). I fortsättningen används förkortningen dataskyddsförordningen. Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Ett övergripande syfte med dataskyddsförordningen är att ytterligare harmonisera och effektivisera skyddet för personuppgifter för att förbättra den inre marknadens funktion och öka enskildas kontroll över sina personuppgifter.

Dataskyddsförordningen började tillämpas i medlemsstaterna den 25 maj 2018 och ersatte då den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU som fanns i Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Artikel 4 i dataskyddsförordningen innehåller en rad definitioner av olika begrepp, bl.a. begreppet personuppgift. Dataskyddsförordningen kräver att personuppgifter bara behandlas utifrån vissa

⁸⁰ Prop. 2009/10:80, s. 250.

grundläggande principer. Dessa principer finns i artikel 5 och gäller som ett ramverk vid all behandling av personuppgifter.

Behandling av personuppgifter är endast tillåten om den stöder sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen. Bestämmelsen räknar uttömmande upp de rättsliga grunder som finns för att det över huvud taget ska vara tillåtet att behandla personuppgifter.

- Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (led a).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra ett avtal i vilket den registrerade är part eller för att vidta åtgärder på begäran av den registrerade innan ett sådant avtal ingås (led b).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (led c).
- Behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (led d).
- Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (led e).
- Behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (led f).

Led f gäller inte för behandling som utförs av offentliga myndigheter när de fullgör sina uppgifter.

Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess

3.13 Regler kring hälsodataregister m.m.

Uppgifter om patienter och vård finns i ett antal olika register. Lagen (1998:543) om hälsodataregister och ett antal förordningar reglerar olika slag av s.k. hälsodataregister. Avsikten är att de frågor som är

gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen drar upp.⁸¹

I 1 § i lagen stipuleras det att central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Det är den centrala förvaltningsmyndigheten som utför behandlingen av personuppgifter som är personuppgiftsansvarig. Personuppgifter i ett hälsodataregister får enligt 3 § behandlas för:

- Framställning av statistik,
- uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
- forskning och epidemiologiska undersökningar.

Enligt 4 § får ett hälsodataregister endast innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifterna får behandlas enligt 3 §. Enligt 6 § ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de ändamål som anges i 3 §.

3.13.1 Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister.⁸² Föreskrifter om registret finns i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

Personuppgifter får behandlas i registret för alla tre ändamål som stipuleras i 3 § hälsodataregisterlagen. Enligt 4 § förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen får behandlingen avse följande uppgifter:

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för

⁸¹ Prop. 1997/98:108, s. 44.

⁸² Förarbeten finns i prop. 1997/98:108 och prop. 2017/18:171.

åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och

2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Enligt 2 § SOSFS 2013:35 ska den som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden

1. har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården eller
2. har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

I bilagan till myndighetsföreskriften finns det specifikationer kring hur uppgifterna ska lämnas till Socialstyrelsen.

3.13.2 Vårdgivarregistret

Det finns även register som inte innehåller några uppgifter om enskilda patienter. Ett exempel på det är IVO:s vårdgivarregister som därmed inte kan klassas som ett hälsodataregister. Av 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över verksamheter som anmälts till inspektionen. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. 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.

IVO är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i vårdgivarregistret. Enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) får registret innehålla följande uppgifter:

1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,
2. var verksamheten bedrivs,
3. verksamhetens inriktning,
4. verksamhetens omfattning,
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,
6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, och
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.

Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen.

3.13.3 Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister är register som systematiskt samlar data om olika patientgrupper. Det primära syftet med kvalitetsregistren är att de ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Bestämmelser om nationella och regionala kvalitetsregister finns i 7 kap. patientdatalagen (2008:355).

Av 7 kap. 2 § patientdatalagen framgår att personuppgifter inte får behandlas i ett kvalitetsregister om den enskilda motsätter sig det.

Personuppgifter i ett Nationellt Kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Vidare får personuppgifter som behandlas för det ändamålet också behandlas för framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården vilket framgår av 7 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen.

3.13.4 Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR

I 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om vårdgarantin, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, får besöka den specialiserade vården, och får planerad vård. Närmare bestämmelser om tidsperioder återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Av 9 kap. 3 § HSL följer att regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Närmare bestämmelser om regionernas rapporteringsskyldighet återfinns i HSF. Av förordningen framgår att regionernas rapporteringsskyldighet ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner (se 6 kap. 3 §). Det finns ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

3.13.5 Uppgifter hos SCB

Bestämmelser om den officiella statistiken, bl.a. att den officiella statistiken ska finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning samt om uppgiftsskyldighet finns i lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Till lagen finns kompletterande föreskrifter i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Där finns bestämmelser bl.a. om statliga myndigheters skyldighet att lämna statistiska uppgifter till respektive statistikansvariga myndigheter. Vilka de är framgår av 2 § förordningen om den officiella statistiken och bilagan till denna. I 15 § förordningen om den officiella statistiken finns bemyndigande för den statistikansvariga myndigheten att inom sitt verksamhetsområde meddela föreskrifter om verkställighet av bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i 7 och 8 §§ lagen om den officiella statistiken och 5–5 d §§ förordningen om den officiella statistiken.

Statistiska centralbyrån, SCB, har flera föreskrifter om uppgiftsskyldighet. I Statistiska centralbyråns föreskrifter (SCB-FS 2018:22) om uppgifter till statistik om alternativa utförare av kommunal och landstingskommunal verksamhet inom skola, vård och omsorg finns bestämmelser om att kommuner och regioner på begäran av SCB ska lämna uppgifter rörande alternativa utförare av verksamhet inom skola, vård och omsorg som är finansierade av kommunen eller regionen. Uppgifterna ska lämnas till SCB. Det finns även en rapporteringsskyldighet för regionernas vårdkostnader till Räkenskaperna i SCB-FS 2020:27. Det saknas skyldighet för privata vårdgivare att lämna uppgifter om den privatfinansierade vården till SCB.

3.14 Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

I detta avsnitt redovisas ett antal sekretessbestämmelser som av olika anledningar berör utredningen och de förslag som utredningen lämnar. Uppräkningen ska inte ses som en uttömmande lista av sekretessbestämmelser som rör respektive aktör.

3.14.1 IVO

IVO:s verksamhet som rör utredning och tillsyn enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är sekretessreglerad.⁸³

I 30 kap. 23 § offentlighets- och sekretesslagen finns en bestämmelse till skydd för uppgifter som rör enskilda vilket här främst berör de verksamheter som finns registrerade i vårdgivarregistret. Sekretess gäller då

1. för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och
2. för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än som avses i 1 för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för myndighetens verksamhet.

⁸³ Se punkt 58 i bilagan till offentlighets- och sekretessförordning (2009:641).

3.14.2 Socialstyrelsen

Patientregistret hos Socialstyrelsen omfattas av regeln om statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen. Bestämmelsen stadgar som huvudregel en absolut sekretess men det finns undantag.

Uppgift som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgift som inte genom namn, annan identitetsbeteckning eller liknande förhållande är direkt hänförlig till den enskilde får lämnas ut, om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men (se tredje stycket samma bestämmelse).

3.14.3 Regionerna

I en upphandling finns det sekretessregler som ska skydda den upphandlande myndigheten och leverantören. I 19 kap. 3 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen stadgas att det råder absolut sekretess för uppgifter i en pågående upphandling. Av 19 kap. 3 § första stycket framgår att det råder sekretess för uppgifter i en upphandling, även efter det att den har avslutats, om det kan antas att det allmänna lider skada om uppgiften röjs.

I 31 kap. 16 § offentlighets- och sekretesslagen regleras skyddet för en enskild aktör som har trätt i affärsförbindelse med en myndighet. Sekretess gäller då för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.⁸⁴

Hos regionerna finns det även sekretessbestämmelser som ska skydda uppgifter om enskilda individers hälsa. Bestämmelsen i 21 kap. 1 § gäller oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer. Bestämmelsen i 25 kap. 1 § gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

⁸⁴ I bestämmelsen räknas även upp de fall när bestämmelsen inte är tillämplig.

Lagstiftning som rör skatterätt

3.15 Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar

En arbetsgivare kan betala premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda, se mer därom i kapitel 5. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda uppkommer frågor om förmånsbeskattning. En privat sjukvårdsförsäkring som bekostas av arbetsgivaren räknas nämligen som en förmån. Den skatterättsliga huvudregeln är att löner, arvoden, kostnadsersättningar, pensioner, förmåner och andra inkomster som erhålls på grund av tjänst ska tas upp till beskattning enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229), IL. Till denna bestämmelse finns det flera undantag och fram till den 30 juni 2018 skulle förmån av hälso- och sjukvård inte tas upp till beskattning oavsett om den avsåg vård i Sverige som inte var offentligfinansierad eller vård utomlands. Privata sjukvårdsförsäkringar bekostade av arbetsgivaren skulle alltså tidigare inte förmånsbeskattas.

I förarbetena till förändringen av förmånsbeskattningen, prop. 2017/18:131 *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård*, anges att de förändrade reglerna tar sikte på att inte behandla privata sjukvårdsförsäkringar skatterättsligt annorlunda än andra förmåner. Regeringen uttryckte det som att syftet med förändringen var att ”öka likformigheten i skattesystemet och skapa en ökad neutralitet mellan uppbärande av kontant lön och erhållande av förmån”.⁸⁵

I dag gäller enligt 11 kap. 18 § IL att förmån av hälso- och sjukvård inte ska tas upp om förmånen avser vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands. Följande förmåner ska inte heller tas upp:

- läkemedel vid vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands,
- företagshälsovård, förebyggande behandling eller rehabilitering,
- vaccination som betingas av tjänsten, och

⁸⁵ Prop. 2017/18:131, s. 25.

- tandbehandling som har bedömts som nödvändig med hänsyn till tjänstens krav för Försvarsmaktens submarina eller flygande personal och för andra med i huvudsak liknande arbetsförhållanden.

Inkomster i annat än pengar ska värderas till marknadsvärdet om inte annat framgår av 61 kap. 1 L. Med marknadsvärdet avses det pris som den skattskyldige själv skulle ha fått betala på orten om personen köpt motsvarande vara eller tjänst, 61 kap. 2 § 1 L. Sjukvårdsförsäkringsförmån ska värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, 61 kap. 17 a § 1 L. Anledningen till det beskrivs på följande sätt i förarbetena.

När det gäller förmån av sjukvårdsförsäkring bör dock, av förenklings-skäl, förmånen värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, dvs. normalt premien för försäkringen. Bakgrunden till detta är att premien för en sjukvårdsförsäkring varierar kraftigt beroende på åldern på den försäkrade, omfattningen av försäkringen och nivån på självrisken och att det sannolikt skulle innebära en inte obetydlig administrativ börda för såväl arbetsgivarna som Skatteverket att fastställa det pris den skattskyldige skulle ha fått betala på orten om hon eller han själv hade skaffat sig motsvarande försäkring.⁸⁶

Regeringen framhöll bl.a. följande i förarbetena till de ändrade reglerna.

Regeringen vill framhålla att förslaget inte innebär något förbud för företag att även fortsättningsvis teckna sjukvårdsförsäkringar för sin personal. Samtidigt kan noteras att den absoluta majoriteten av arbetstagarna inte har arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar. Till skillnad från remissinstanserna anser regeringen inte att sjukvårdsförsäkringar kan jämföras med andra hälsofrämjande åtgärder som får dras av såsom företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård, då en sjukvårdsförsäkring inte har samma nära koppling till arbetsplatsen som de övriga insatserna. Insatser i form av företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård kommer även fortsatt att vara skattefria för arbetstagarna eftersom det inte föreslås någon ändring av de reglerna.⁸⁷

⁸⁶ Prop. 2017/18:131, s. 30 f.

⁸⁷ Prop. 2017/18:131, s. 25.

3.15.1 Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner

En arbetsgivare kan erbjuda olika skattefria förmåner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Arbetsgivaren har också ett ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) för företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering.⁸⁸ I det följande beskrivs de gränsdragningsfrågor som kan uppstå mellan vad som är skattepliktigt och inte vad gäller olika hälso- och sjukvårdsförmåner.

Företagshälsovård

Med företagshälsovård avses enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Skatteverket har bedömt att hälsoundersökningar som ingår som en del av ett arbetsmiljöarbete och som är anpassade till de arbetsmiljörisker som de anställda utsätts för i sitt arbete utgör företagshälsovård. När arbetsgivaren bekostar sådan undersökning är förmånen skattefri. Detsamma gäller övriga besök hos företagshälsovården som den anställda gör som ett led i arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Övriga hälsoundersökningar och annan hälso- och sjukvård som arbetsgivaren tillhandahåller sina anställda via företagshälsovården eller via en annan aktör men som inte är ett led i arbetet med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatsen är en skattepliktig förmån.⁸⁹

Förebyggande behandling

Förebyggande behandling är åtgärder som syftar till att den anställda ska kunna fortsätta att förvärvsarbeta. Behandlingen ska avse anställda som har en förhöjd sjukdomsrisk. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda

⁸⁸ Prop. 1994/96:182, s. 28.

⁸⁹ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

till nedsättning av arbetsförmågan. Det kan också gälla funktionsträning, t.ex. hörselträning, talträning och rörelseträning i bassäng. I dessa fall har en sjukdom orsakat en bestående funktionsnedsättning. Den förebyggande behandlingen ska inte avse att bota sjukdomen utan att förbättra eller motverka en försämring av sjukdomen i syfte att förhindra att arbetsoförmåga uppstår eller ökar. Några exempel på vanliga utgifter för rehabiliteringsåtgärder som kan få dras av är utgifter för behandling hos sjukgymnast, vård av missbrukare på behandlingshem och ryggräning på rygginstitut.⁹⁰

Även hälsokontroller med direkt koppling till arbetet omfattas av begreppet förebyggande behandling. Sådana exempel kan vara lungröntgen för anställda som vistas i rökiga arbetsmiljöer, hjärtundersökningar som görs på idrottsmän, och blodtrycksmätning av anställda som har en stressig arbetsmiljö. Hälsoundersökningar som utförs i syfte att kontrollera det allmänna hälsotillståndet hos de anställda är däremot en skattepliktig förmån.⁹¹

Rehabilitering

Arbetsgivaren har, inom ramen för sitt rehabiliteringsansvar, ansvar för att vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att anställningen ska bestå. Det innebär att arbetsgivaren som ett led i detta har ett ansvar för rehabiliteringsåtgärder utöver de åtgärder som sker i samarbete med Försäkringskassan eller ingår i en plan för återgång i arbete. Övriga rehabiliteringsåtgärder kan t.ex. vara behandling av missbruksproblem, ätstörningar eller att arbetsgivaren erbjuder den anställda att gå till en fysioterapeut som ett led i en konvalescens. Om arbetsgivaren tillhandahåller sådana rehabiliteringsåtgärder till den anställda är dessa skattefria för denne. Även krisstöd i situationer när en anställd drabbas av händelser eller situationer som är uppsplitande eller traumatiska är skattefria för den anställda.⁹²

⁹⁰ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

⁹¹ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

⁹² Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

Medicinska kontroller

Medicinska kontroller är enligt Skatteverkets rättsliga ställningstagande medicinska åtgärder som arbetsgivaren tillhandahåller i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 och som är avsedda att vara till stöd i arbetsmiljöarbetet.⁹³ I en medicinsk kontroll kan ingå biologisk exponeringskontroll, läkarundersökning, hälsoundersökning och tjänstbarhetsbedömning. Oavsett om sådan kontroll sker inom företagshälsovården eller på en annan inrättning är den skattefri för den anställda.⁹⁴

Hur beskattning ska ske när försäkringen innehåller både skattefria och skattepliktiga moment

Privata sjukvårdsförsäkringar kan, förutom ren hälso- och sjukvård, även innehålla förebyggande insatser och rehabiliteringsåtgärder. I förarbetena uttalades följande om denna typ av försäkringar.

När det särskilt gäller frågan om förmån av sjukvårdsförsäkringar, vilken torde utgöra den klart dominerande delen av arbetsgivarnas utgifter för privat hälso- och sjukvård, avgörs förmånens omfattning med utgångspunkt i vad försäkringen omfattar. Vilka typer av försäkringsfall som sedan inträffar och vad eventuella faktiska utbetalningar därmed kommer att avse saknar helt betydelse. För en försäkring som inte bara omfattar hälso- och sjukvård utan också omfattar andra insatser som fortsatt är skattefria för den anställda ska förmånsvärderingen göras utifrån en proportionering av försäkringens beståndsdelar, inte utifrån bedömningar av varje enskild insats som eventuellt kommit i fråga under beskattningsåret. Om en försäkring t.ex. till hälften omfattar hälso- och sjukvård och till hälften omfattar insatser som är undantagna från beskattning är halva värdet en skattepliktig förmån även om samtliga insatser när försäkringen väl behöver tas i anspråk avser sådant som ligger inom ramen för hälso- och sjukvård.⁹⁵

I detta sammanhang kan nämnas att Skatteverket den 10 juni 2019 har utfärdat ett ställningstagande om beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån. Enligt ställningstagandet kan den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga

⁹³ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111. Notera dock att Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 är upphävda, och ersatta med Arbetsmiljöverkets föreskrifter Medicinska kontroller i arbetslivet, AFS 2019:3. Någon uppdatering av Skatteverkets ställningstagande har dock inte skett.

⁹⁴ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

⁹⁵ Prop. 2017/18:131, s. 28.

och skattefria insatser schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien. Procentsatsen har bedömts representera den genomsnittliga andel av försäkringsföretagens utbetalningar inom sjukvårdsförsäkringarna som avser insatser som är skattepliktiga. Om en försäkringsgivare eller arbetsgivare anser att den skattepliktiga delen av premien är lägre än 60 procent, ska den beräknade fördelningen dokumenteras och vid förfrågan kunna visas upp för Skatteverket.⁹⁶

3.15.2 Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket

Arbetsgivaren är skyldig att till Skatteverket lämna uppgifter om utbetalda ersättningar och skatteavdrag på individnivå, dvs. per betalningsmottagare. Det sker huvudsakligen genom att uppgifterna redovisas i arbetsgivardeklarationerna eller i vissa fall genom att kontrolluppgift lämnas.

Av 15 kap. 2 § skatteförfarandelagen (2011:1244), SFL, framgår att kontrolluppgift ska lämnas om utgiven ersättning och förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst. Av 15 kap. 4 § SFL framgår att kontrolluppgiften ska lämnas av den som har gett ut ersättningen eller förmånen. I skatteförfarandeförordningen (2011:1261) regleras vad för uppgifter om förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst som ska lämnas till Skatteverket i form av en kontrolluppgift.

5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen stadgar att en kontrolluppgift ska innehålla uppgifter om bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde.

Av 15 kap. 8 § tredje punkten SFL framgår att kontrolluppgift inte är det primära sättet att lämna uppgifter till Skatteverket. Uppgiften ska inte lämnas som en kontrolluppgift om den i stället har lämnats i en arbetsgivardeklaration.

Bestämmelsen i 26 kap. 3 § andra stycket SFL reglerar vem som ska lämna en arbetsgivardeklaration. Av 26 kap. 19–19 f §§ framgår vad arbetsgivardeklarationen ska innehålla för uppgifter. Vad gäller

⁹⁶ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.

förmån preciseras det i 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen att en arbetsgivardeklaration ska innehålla uppgift om en viss betalningsmottagares bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde i arbetsgivardeklarationen.

Bilförmån särredovisas således i dag.⁹⁷ Det har tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst särredovisas till Skatteverket, t.ex. förmån av fri parkering. År 2004 infördes det en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklarationer och kontrolluppgifter med följande lydelse. ”Om förmån av fri parkering har getts ut, skall det anges i kontrolluppgiften”.⁹⁸

Särredovisningen av förmånen fri parkering slutade att gälla 2019 genom en ändringsförordning till skatteförfarandeförordningen.⁹⁹

⁹⁷ För bakgrund till särredovisningen, se prop. 1986/87:46, s. 10 ff. och prop. 1996/97:19, s. 70.

⁹⁸ SFS 2004:284.

⁹⁹ SFS 2017:390.

4 Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

4.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs översiktligt överväganden i bl.a. propositioner, betänkanden från statliga utredningar och myndighetsrapporter där det finns en koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har funnits två tillfälliga regleringar som berör frågor om betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. De senaste åren har det även lämnats flera förslag från statliga utredningar och myndigheter m.m. som är av intresse för utredningen. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar har nyligen analyserats i två myndighetsrapporter, nämligen i en regeringsrapport från Vård- och omsorgsanalys och i en förstudie från IVO. Dessa rapporter kommer att beskrivas mer utförligt än övrigt material. Även förslag som har lämnats i betänkanden från statliga utredningar men som ännu inte har tagits vidare och utgjort förslag i propositioner beskrivs. Andra förslag som beskrivs är förslag som har lämnats i propositioner till riksdagen men som har avslagits av riksdagen och därför inte lett till författningsändringar. Dessutom beskrivs en pågående statlig utrednings uppdrag och delbetänkande.

Beskrivningen i detta kapitel ska inte ses som uttömmande. Utredningen kommer i senare kapitel att hänvisa till ytterligare utredningar och annat underlag som har koppling till utredningens uppdrag. Utredningar m.m. som utgjort underlag till nu gällande bestämmelser beskrivs i kapitel 3 om gällande rätt.

Beskrivningarna sker i kronologisk ordning med de äldre först.

4.2 Tidigare regleringar och överväganden

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har koppling till frågor som rör betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den första regleringen avsåg lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan och gällde åren 2001–2002.¹ Lagen var tidsbegränsad. Regleringen innebar att regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning var inskränkt. Uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus fick inte, enligt regelverket, överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Den andra tillfälliga regleringen infördes den 1 januari 2006 i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och innebar att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan.² Överlämnade regionen driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att ”verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter”. I propositionen angavs att en entreprenör som driver ett sjukhus för regionens räkning inte fick, inom ramen för den överlåtna verksamheten, skaffa sig intäkter från patienter som hade en privat sjukvårdsförsäkring eller betalade vården med egna medel.³ Bestämmelserna upphävdes den 1 juli 2007.⁴

Beredningsunderlaget till propositionen utgjordes dels av två betänkanden från utredningen om Vårdens ägarformer (S 2000:08); delbetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) samt slutbetänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23), dels av en kompletterande promemoria som utarbetades i Socialdepartementet (S2004/4905/HS). Lagförslagen i propositionen och promemorian skiljde sig i flera avseenden från lagförslagen i slutbetänkandet. I propositionen och promemorian lyftes frågan om förbud mot att driva verksamheten i syfte att ge vinst åt ägaren in i författningsförslaget. Betänkandets författningsförslag fokuserade

¹ Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6 och bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.

² Prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300.

³ Prop. 2004/05:145, s. 55.

⁴ Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

mer på finansieringen av vård som överlämnats, och då särskilt på privata sjukvårdsförsäkringar och annan privatfinansiering.⁵

4.3 Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten

4.3.1 Velfärdsutredningen

Regeringen beslutade den 5 mars 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster. Utredningen antog namnet Velfärdsutredningen. Utredningen överlämnade i november 2016 delbetänkandet *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78). Den 9 maj 2017 överlämnades slutbetänkandet *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning* (SOU 2017:38).

Några av utredningens förslag, bl.a. kring tillståndsplikt och ändringar i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), ledde till lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019.⁶ Regeringen lämnade i en annan proposition förslag som syftade till att säkerställa att offentliga medel inom socialtjänsten och skollagsreglerad verksamhet användes till den verksamhet som de var avsedda för.⁷ Riksdagen avslag denna proposition.⁸

Velfärdsutredningen lämnade flera förslag som är intressanta för denna utredning, bl.a. rörande IVO:s tillsyn och tystnadsplikten mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Utredningen lämnade även ett förslag om tillståndsförfarande för privata aktörer inom hälso- och sjukvården som innebär att regioner endast skulle få ge ersättning enligt avtal till juridiska personer som har ett tillstånd att ta emot offentlig finansiering. Vidare föreslog utredningen att det inte skulle vara möjligt att bedriva annan typ av verksamhet än den som finansieras offentligt inom ramen för samma juridiska person. Dessa förslag har inte genomförts.

⁵ SOU 2003:23.

⁶ Prop. 2017/18:158.

⁷ Prop. 2017/18:159.

⁸ Bet. 2017/18:FiU44.

4.3.2 Utredningen om ökad insyn i välfärden

Regeringen beslutade den 3 september 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utarbeta ett förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning m.m., till den del de erbjuds av privata anordnare.⁹ Utredningen antog namnet Utredningen om ökad insyn i välfärden. I oktober 2016 lämnade utredningen betänkandet *Ökad insyn i välfärden* (SOU 2016:62), med förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i bl.a. privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för beredning i Regeringskansliet.

4.3.3 Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* (prop. 2016/17:166) till riksdagen, med förslag till ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelsen lydde: ”Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts”. I propositionen föreslogs även att regionens avtal skulle innehålla villkor om detta krav. De principer som åsyftades var att vården skulle ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skulle ges företräde till vården, dvs. 3 kap. 1 § HSL. Förslagen syftade till att förtydliga att inom offentligfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet skulle hälso- och sjukvård få ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människo- värdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosattes.

Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.¹⁰

⁹ Dir. 2015:92.

¹⁰ Ds 2016:29.

Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 1 augusti 2017. Riksdagen avslag propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det fanns något behov av lagändringen.¹¹

4.3.4 Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Driftsformer för universitetssjukhus* (prop. 2016/17:167) till riksdagen, med förslag om att regionerna inte skulle få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Regeringen skulle även ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 2 augusti 2017. Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.¹² Riksdagen avslag propositionen.¹³

4.3.5 Utredningen om styrning för en mer jämlik vård

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård.¹⁴ Utredningen antog namnet Styrning för en mer jämlik vård. I juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning* (SOU 2018:55). I oktober 2019 överlämnade utredningen slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42).

Utredningen föreslog bl.a. att det skulle tillsättas en offentlig utredning som skulle få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsum-

¹¹ Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.

¹² Ds 2016:28.

¹³ Bet. 2016/17:SoU21, rskr. 2016/17:323.

¹⁴ Dir. 2017:128.

tion av vård. I samband med det skulle utredningen även komma in på frågor som rör den etiska plattformen. Frågor att utreda skulle vara:

- Har prioriteringsplattformen tillräckligt genomslag i dag, t.ex. när det gäller prevention, och står sig prioriteringsgrupperna och den inbördes ordningen?
- Hur förhåller sig omställningen av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård och de horisontella prioriteringar som det kräver till prioriteringsplattformen?
- Hur förhåller sig utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården?
- Hur långt ska det offentliga åtagandet sträcka sig i förhållande till det som individen själv bör svara för när det gäller t.ex. tillgänglighet och stöd vid lindrigare besvär?¹⁵

Betänkandena har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

4.3.6 Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar

Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker. Myndigheten redovisade uppdraget i mars 2020 genom rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3).

Av rapporten framgår följande huvudsakliga slutsatser. Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bl.a. om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov

¹⁵ SOU 2019:42, s. 517 f.

endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet, kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Problematiken kan enligt Vård- och omsorgsanalys uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligfinansierade patienterna.

Myndigheten uppger att en delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle enligt Vård- och omsorgsanalys möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdköen. Men den situationen träffas inte, enligt myndigheten, lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Enligt Vård- och omsorgsanalys är det inte sannolikt att detta beror på att dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att den slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Vård- och omsorgsanalys påpekar att den inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall, utan analyserna och slutsatserna baseras på övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finansierade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna.

Vård- och omsorgsanalys anger att det är svårt att entydigt visa hur patienter i den offentligfinansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Det är enligt myndigheten svårt att med säkerhet uttala sig om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten i hälso- och sjukvården och vilken effekt det får för patienterna i den offentligfinansierade vården. Utifrån väntetidsdatabasen kan myndigheten dock konstatera att privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalats med regionen för de offentligfinansierade patienterna. Det gör det enligt myndigheten svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av dessa vårdgivare.

Vård- och omsorgsanalys lämnar följande rekommendationer:

- Regeringen bör säkerställa en ökad transparens genom bättre uppföljningsmöjligheter och kunskap. Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.
- Regeringen bör verka för att stärka oberoende forskning om de privata sjukvårdsförsäkringarnas faktiska påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.
- Regeringen bör utifrån slutsatserna från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) pågående förstudie om medicinska revisioner på området ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt.
- Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att göra en internationell utblick kring utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar.
- Regionerna (huvudmännen) bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare. Huvudmännen behöver ha bättre kunskap om hur de offentligfinansierade patienterna påverkas av att privata vårdgivare också tar emot privatfinansierade patienter. Därför rekommenderar Vård- och omsorgsanalys huvudmännen att, bland annat utifrån ett upphandlingsrättsligt perspektiv, se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med för att säkerställa en vård på lika

villkor och efter behov. För att möjliggöra t.ex. medicinska revisioner om hur behovsbedömningar och prioriteringar görs kan det övervägas om viss insyn behövs även i den privatfinansierade vården hos de vårdgivare som bedriver sådan vård parallellt med offentligfinansierad vård. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Dessutom bör regionerna se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.

4.3.7 IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar

I oktober 2020 presenterade IVO en förstudie kring prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.¹⁶

Bakgrund till förstudien

Bakgrunden till IVO:s förstudie är följande. Mot bakgrund av uppgifter i media rörande privata sjukvårdsförsäkringar, publicerade rapporter, IVO:s egna iakttagelser av vårdstrukturen och genom en skrivelse från Region Stockholm har IVO uppmärksammat att det kan föreligga en specifik risk inom vården. IVO skriver att det finns en risk att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade patienter och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter åsidosätter hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. IVO inledde därför förstudien för att utreda de juridiska förutsättningarna för tillsyn, bedöma riskerna och ge underlag för ställningstaganden till om tillsyn bör ske eller inte.

Slutsatser i förstudien

Av förstudien framgår följande. IVO har tillsyn över att huvudmän och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § HSL är en sådan målbestäm-

¹⁶ IVO förstudie (2020).

melse.¹⁷ Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL. IVO har hittills inte bedrivit tillsyn över frågan om prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter men konstaterar att frågan ligger inom IVO:s tillsynsansvar.

IVO hänvisar i sin studie till Vård- och omsorgsanalys rapport från 2020 om privata sjukvårdsförsäkringar (rapport 2020:3) och Vård- och omsorgsanalys slutsats om att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Enligt IVO har Vård- och omsorgsanalys på systemnivå visat tydliga indikationer på att det finns en risk att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården åsidosätts.

IVO gör utifrån befintligt underlag bedömningen att det är sannolikt att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov.

IVO skriver vidare att myndigheten tidigare har konstaterat att tillgängligheten brister i den svenska hälso- och sjukvården och att patienter tvingas att vänta länge för att få vård och insatser. IVO har uppmärksammat att långa väntetider ökar riskerna för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan med andra ord ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.

I förstudien bedöms att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Förstudien bedömer att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för en sådan bedömning. Det betonas att förstudien inte haft i upp-

¹⁷ Av 3 kap. 1 § HSL följer: Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

drag att kvantifiera patientsäkerhetsriskerna varför IVO inte vet hur stora patientsäkerhetsriskerna är.

I förstudien föreslår IVO att myndigheten ska göra en bedömning av hur stora patientsäkerhetsriskerna är när det finns skillnader i väntetider som inte beror på skillnader i medicinska behov. IVO uppger att det är först när myndigheten har bedömt den saken som det finns förutsättningar att bestämma vilka tillsynsinsatser som ska prioriteras.

IVO beskriver att målet om vård på lika villkor omfattar hela vårdförloppet, från det att patienten söker vård till att sista uppföljningen sker. Målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården omfattar en del av patientens vårdförlopp, nämligen från det att behovet är fastställt. Om olika patientgrupper har olika väntetider fram till att behovet är fastställt, kan det givetvis påverka hur snart patienterna får vård. Om det finns stora skillnader i väntetiderna från första kontakt till exempelvis specialistutredning, och skillnaderna inte har med patienternas medicinska behov att göra, finns det risk att vården inte ges på lika villkor. Att ställa en diagnos är en central funktion i hälso- och sjukvården. Diagnosen styr den fortsatta handläggningen av patienten. Om diagnosen fördröjs riskerar patientens vård att försenas eller helt utebli, vilket kan leda till att patienten får en sämre prognos. IVO har tidigare sett allvarliga konsekvenser av fördröjda diagnoser inom vården.

Beskrivning av en tilltänkt tillsyn

Förstudien gör vissa preliminära överväganden om hur IVO skulle kunna genomföra en tillsyn om IVO vid en sammantagen bedömning finner att riskerna inom området bör prioriteras.

IVO skulle genom tillsyn kunna granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.

En tillsyn skulle t.ex. kunna syfta till att utreda om det finns systematiska skillnader i de prioriteringar som görs utifrån följande bedömningar: om eventuella skillnader har inneburit patientsäkerhetsrisker, om prioritering har skett på ett sådant sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte har getts företräde till

vården, om eventuella skillnader rimligen kan förklaras av om patienterna var offentligfinansierade eller privat försäkringsfinansierade samt bedöma vårdgivarnas och andra aktörers ansvar för eventuella brister i prioritering av patienter.

En tillsyn bör utreda vilka risker som olika väntetider på vård kan medföra för patienter hos privata vårdgivare, som tar emot både offentligt och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör därför avgränsas till privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör dock inte på förhand avgränsas till privata vårdgivare som tar emot en viss omfattning av offentligfinansierade respektive privat försäkringsfinansierade patienter. IVO skriver att det saknas offentliga registeruppgifter om hur patientvolymen hos enskilda vårdgivare fördelar sig mellan offentligfinansierade och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter. Förstudien resonerar om hur ett urvals-förfarande av vårdgivare kan gå till.

En tillsyn kan antingen avgränsas till tiden efter det att behovet är fastställt (vård efter behov) eller även omfatta tiden fram till att behovet är fastställt (vård på lika villkor). En tillsyn bör utgå från det behov som hälso- och sjukvården har fastställt.

En tillsyn bör avse patienternas faktiska väntetider, inte vårdgivarnas måluppfyllelse mot vårdgarantin eller andra avtalade tidsgränser. Förstudien konstaterar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid. Vårdgarantin har också som syfte att bidra till att korta väntetiderna, så att patienterna får vård snabbare. Förstudiens fråga handlar om vård efter medicinska behov. Varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.

En tillsyn bör ske genom att granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade respektive privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan omfatta granskning av medicinsk dokumentation, kvantitativ analys av uppgifter om väntetider till vård, uppgifter från patienter och närstående samt bestå av inspektioner av vårdgivarna.

I förstudien beskrivs att företrädare för Region Stockholm och Västra Götalandsregionen uppfattar att de inte har möjlighet att själva granska och följa upp hur privata vårdgivare, som de har avtal

med, prioriterar mellan de patienter som omfattas av avtalet med regionen och övriga patienter hos den privata vårdgivaren. Region Stockholm har ställt frågor till några privata vårdgivare om hur de säkerställer att det är medicinska prioriteringar som avgör tillgängligheten till vård och att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte ges förtur på bekostnad av patienter inom den skattefinansierade vården. Västra Götalandsregionen uppger att den inte har fått några signaler som motiverar sådana uppföljningsfrågor till sina avtalade leverantörer.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan ske som utreder patientsäkerhets- och andra kvalitetsrisker hos enskilda privata vårdgivare. Om en sådan tillsyn bekräftar att det finns väsentliga risker som har uppkommit under längre tid, bedömer förstudien att tillsynen bör ske med ett tydligt systemperspektiv. I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.

IVO har i dagsläget (september 2021) inte beslutat huruvida en sådan tillsyn som beskrivs i förstudien ska genomföras.

4.4 Pågående uppdrag

4.4.1 Tillgänglighetsdelegationen

Regeringen beslutade i augusti 2020 att tillsätta en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider.¹⁸ Kommittén har antagit namnet Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också använt kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen. Delegationen ska bl.a.

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,

¹⁸ Dir. 2020:81.

- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget delredovisades den 30 juni 2021 i betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade följande bedömningar och förslag i SOU 2021:59:

- Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bl.a. omfatta villkor vid vård i annan region, villkor vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet för vård till väntande patienter och få information om villkoren för nyttjande av den vården.

- Överenskommelsen om ökad tillgänglighet ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den ska också innehålla krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.
- Regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

5 Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar

5.1 Inledning

I detta kapitel görs en redogörelse för begreppet privata sjukvårdsförsäkringar. Här framgår vilka tjänster försäkringarna i allmänhet innehåller, vilken vård som vanligtvis ersätts av försäkringarna och vilken vård som vanligtvis inte ersätts av försäkringar, hur försäkringarna finansieras, vilka som har en sjukvårdsförsäkring och hur de nyttjas.

Det saknas officiella uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Uppgifterna i detta avsnitt har därför framför allt inhämtats från Svensk Försäkring. Svensk Försäkring är försäkringsbranschens branschorganisation. Ett 50-tal försäkringsföretag är medlemmar i Svensk Försäkring och tillsammans svarar de för mer än 90 procent av den svenska försäkringsmarknaden. Utredningen har använt de officiella underlag som utredningen har kunnat finna i frågan.

5.2 Vad är en försäkring?

Bestämmelser om försäkringar, bl.a. försäkringstagarens och försäkringsbolagens ömsesidiga rättigheter och skyldigheter, finns i försäkringsavtalslagen (2005:14). Vidare innehåller försäkringsrörelselagen (2010:2043) bl.a. regler om tillsynen över svenska försäkringsföretag. För att få etablera ett försäkringsföretag eller utöka företagets produktsortiment krävs tillstånd, vilket lämnas av Finansinspektionen som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen.

Ett försäkringsavtal innebär att försäkringsbolaget åtar sig att mot vederlag i form av en försäkringspremie skydda den enskilda vid vissa oförutsedda händelser. En försäkring syftar till att sprida risker

för sådana händelser över en större grupp och över tid. En försäkringstagare delar sin risk med ett större kollektiv i stället för att själv bära hela risken. Varje försäkringstagare betalar en premie som speglar den risk som tillförs kollektivet.

Försäkringar kan delas in i individuella försäkringar och grupp-försäkringar. En grupp-försäkring kan t.ex. vara en kollektivavtalad försäkring. Det kan också vara en försäkring som handlas upp av fackliga organisationer till förmån för sina medlemmar som frivilligt kan välja att teckna och betala för den. Det är även vanligt förekommande med obligatoriska grupp-försäkringar. Ett exempel på det är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel på en obligatorisk grupp-försäkring kan vara en idrottsförening som både tecknar försäkringen och betalar premien till förmån för idrottsutövarna.¹

För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste vissa kriterier vara uppfyllda, s.k. försäkringsmässiga principer. En sådan princip är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.

För flera typer av individuellt tecknade försäkringar, t.ex. hemförsäkringar och personförsäkringar, gäller s.k. kontraheringsplikt, dvs. att försäkringsföretagen inte får vägra någon att teckna sådan försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till bl.a. risken för framtida försäkringsfall.² Premierna kan också variera beroende på hur stora riskerna är. För grupp-försäkringar gäller ingen kontraheringsplikt.³

¹ Uppgifter från Svensk Försäkrings hemsida och SOU 2013:23, s. 111.

² Se mer om kontraheringsplikten och dess undantag i 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen samt i SOU 2016:37.

³ 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen gäller endast individuellt tecknade försäkringar.

5.3 Vad är en privat sjukvårdsförsäkring?

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser, med vissa begränsningar. Flera större försäkringsbolag erbjuder sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring delar upp sjukvårdsförsäkringarna i grupp-försäkringar och individuella försäkringar. Grupp-försäkringar delas dessutom upp i två undergrupper: arbetsgivarbetalda grupp-försäkringar och övriga grupp-försäkringar. Den första gruppen betalas av arbetsgivaren medan den andra gruppen betalas av den enskilde själv, direkt eller indirekt.⁴ De privata sjukvårdsförsäkringarna redovisas följaktligen enligt Svensk Försäkrings indelning i följande tre huvud-kategorier:

- *Arbetsgivarbetald grupp-försäkring*: Arbetsgivare handlar upp, tecknar försäkringen för sina anställda och betalar premien för försäkringen. Arbetsgivaren är försäkringstagare och de anställda är försäkrade. Alla som omfattas av gruppavtalet är automatiskt försäkrade. De anställda har möjlighet att avstå från försäkringen.⁵
- *Grupp-försäkring*: Ett fackförbund, en idrottsförening eller en arbetsgivare kan handla upp en försäkring för sina medlemmar eller anställda. Grupp-försäkringen är som huvudregel frivillig och medlemmarna eller de anställda kan välja om de vill teckna och betala premien för försäkringen.⁶
- *Individuell försäkring*: Den enskilde begär in offert, tecknar och betalar premien för försäkringen, dvs. är både försäkringstagare och försäkrad.

Närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda grupp-försäkringar. Tre av tio är grupp-försäkringar och en av tio försäkringar är individuella sjukvårdsförsäkringar, se figur 5.3 (i kapitel 5.8).

⁴ Det innebär att den enskilde kan betala premien helt själv, genom egna inbetalningar direkt till försäkringsbolaget, eller genom att den kostnaden ingår i t.ex. en medlemsavgift till en idrottsförening.

⁵ Arbetsgivarbetalda försäkringar var tidigare obligatoriska för den anställda, när arbetsgivaren valt att teckna försäkring, men i samband med att förmånsbeskattning av premien infördes den 1 juli 2018 kan de anställda välja att avstå från försäkringen.

⁶ Grupp-försäkringar kan även vara obligatoriska. Ett exempel på obligatorisk grupp-försäkring är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för alla sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel kan vara när en idrottsförening både tecknar och betalar premien till förmån för idrotts-utövarna.

Vid tecknande av en individuell sjukvårdsförsäkring fyller den enskilde i en hälsodeklaration. Beroende på utfallet av den kan sjukvårdsförsäkring tecknas fullt ut eller med vissa begränsningar. Försäkringsbolaget kan också neka att en försäkring tecknas.

Sjukvårdsförsäkringen gäller inte för skador/sjukdomar som den försäkrade har haft symtom av, fått vård eller medicineringsföreläggelse för eller på annat sätt har haft kännedom om innan försäkringen började gälla. Det finns dock undantag; försäkringen gäller om den försäkrade har varit symptom-, vård- och medicineringsfri från en skada/sjukdom under en sammanhängande period av mellan 12–24 månader, beroende på försäkringens innehåll, innan det nya behovet av vård eller medicineringsföreläggelse uppstår. Vissa försäkringsbolag har inte något uttalat undantag för kroniska sjukdomar, men givet kravet på att den försäkrade ska ha varit symptom- och behandlingsfri under 12–24 månader omfattas kroniska sjukdomar i praktiken inte av en försäkring. Vilken vård som omfattas och inte omfattas av försäkringar utvecklas vidare nedan i kapitel 5.4.

Den vård som sker inom ramen för en sjukvårdsförsäkring måste godkännas av försäkringsbolaget. Vården betalas av försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen får i sin tur ersättning genom de premier som försäkringstagarna betalar.

5.4 Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar

De privata sjukvårdsförsäkringarnas utformning kan skilja sig åt beroende på försäkringsbolag och vilken försäkring som tecknas. I detta avsnitt redogörs för den vård och de insatser som vanligtvis omfattas och ersätts av sjukvårdsförsäkringarna, vilken vård som normalt sett inte omfattas, samt hur försäkringarna nyttjas.

5.4.1 Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare

Försäkringsbolagen tecknar avtal med privata vårdgivare om att utföra vård på deras uppdrag. Det är således endast vård som utförs av privata vårdgivare som omfattas av sjukvårdsförsäkringarna. Det måste därmed finnas en privat vårdgivare som bedriver vården för att försäkringsbolagen ska kunna erbjuda den till sina kunder. Det innebär att vård som inte erbjuds av privata vårdgivare inte kan omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.

Vård som ges av regionen i egen regi eller utförs på uppdrag av regionen genom avtal med privata vårdgivare, bekostas inte av privata sjukvårdsförsäkringar, utan av regionen och då främst genom skattemedel. Det finns dock försäkringar som ersätter den enskilde för de utgifter hen har för offentligfinansierad vård. En sjukvårdsförsäkring kan nämligen ersätta de patientavgifter som uppkommer i samband med vård som ges av eller på uppdrag av regionen.⁷

5.4.2 Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar

Vad som normalt omfattas och inte omfattas av sjukvårdsförsäkringarna

Sjukvårdsförsäkringar kan delas in i *komplementära* respektive *supplementära* sjukvårdsförsäkringar. En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet (t.ex. ersättning för patientavgifter, rehabiliterande insatser etc.). En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men ofta med erbjudande om bättre tillgänglighet eller större valfrihet. De privata sjukvårdsförsäkringar som finns på den svenska marknaden är ofta i huvudsak supplementära, men med komplementära inslag. I stor utsträckning omfattar den försäkringsfinansierade vården samma tjänster som även återfinns i den offentliga hälso- och sjukvården, och fokus är på korta väntetider.

Innehållet i försäkringarna kan skilja sig åt mellan försäkringsbolagen. Som huvudregel kan dock sägas att inledande vårdkontakter/rådgivning, förebyggande insatser, planerad öppen specialistvård

⁷ Det förekommer också att arbetsgivare direkt ersätter kostnader för patientavgifter m.m.

och rehabilitering omfattas, och att högspecialiserad vård, akutvård och vård för skador/sjukdomar som den enskilde haft innan försäkringen tecknas inte omfattas. Detta utvecklas nedan.

Kullberg och medförfattare⁸ har gjort en genomgång av det vanligaste innehållet i sjukvårdsförsäkringar, och fokuserar på sju stora försäkringsbolag i Sverige: Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia, If, EuroAccident och SEB. Av den genomgången framgår följande.

Försäkringarna omfattar generellt sett förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering. Följande insatser brukar omfattas:

- Tillgång till sjukvårdsrådgivning och vårdplanering per telefon eller digitalt.
- Möjlighet till digital vård, med möjlighet till remisskrivning.
- Kortare väntetidsgaranti. Garanterad första kontakt med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar, och operation inom cirka 14–21 arbetsdagar.
- Ekonomisk ersättning om väntetidsgarantin inte hålls.
- Utredning, vård och behandling från sjuksköterskor/läkare.
- Sjukhusvård, operationsförberedande undersökningar och operation.
- Tillgång till fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut, logoped och dietist.
- Ny medicinsk bedömning.
- Vård i hemmet efter operation.
- Eftervård, rehabilitering och hjälpmedel efter operation eller annan sjukhusvård.
- Hälsoundersökning.
- Ersättning för resa och logi i samband med sjukhusvård eller operation.

⁸ Kullberg et al. (2019). Se även sammanställning i Vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 32.

- Ersättning för patientavgifter samt läkemedelskostnader inom offentligfinansierad vård upp till gränsen för högkostnads-skyddet.
- Ersättning av självrisk vid vård under tillfällig utlandsvistelse.

Vaccinationer, kristerapi, samtalsstöd, behandling vid missbruk samt rådgivning av jurist eller ekonom i frågor relaterade till hälso- och sjukvård kan också ingå.

En del av det skydd som ingår i sjukvårdsförsäkringen kan även ingå i andra försäkringar eller finnas i andra förmåner som arbetsgivaren erbjuder sina anställda. Ersättning för patientavgifter återfinns exempelvis ofta i sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Sådana kostnader brukar även ersättas direkt av arbetsgivare. Detta gäller även kostnader för läkemedel. Begränsade sjukvårdsförsäkringar kan även finnas med som en del av exempelvis en fordonsförsäkring.⁹

Som nämnts ovan är den vård som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar sådan vård som bedrivs av privata vårdgivare, och framför allt sådan vård som även erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården. Försäkringarna kan dock, som framgår ovan, också innehålla vård och behandling som oftast inte erbjuds av regionerna eller ingår i deras vårdutbud. Ett exempel är behandlingar av kiropraktor eller naprapat som ofta ingår i sjukvårdsförsäkringarna, men som inte alltid ingår i regionernas utbud.¹⁰

All den vård som erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården erbjuds inte inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis ingår inte akutsjukvård eller intensivvård (IVA) i några av försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkringar.¹¹ Denna typ av vård erbjuds av vissa privata vårdgivare, men omfattas ändå inte av någon privat sjukvårdsförsäkring.¹² Det finns skillnader mellan försäkrings-

⁹ En sådan försäkring kan då innefatta vård och eftervårdsinsatser i samband med trafikolyckor och dylikt.

¹⁰ SOU 2019:15, s. 168.

¹¹ Uppgift från Svensk Försäkrings hemsida ”*så här fungerar en privat sjukvårdsförsäkring*”.

¹² Det kan bl.a. bero på att det är så få privata vårdgivare som erbjuder denna typ av vård, att dessa vårdgivare erbjuder denna vård på uppdrag av en (eller flera) regioner och deras avtal reglerar möjligheten att ha annan verksamhet, att den vården är mycket kostsam och en försäkring som täcker sådan vård därmed skulle behöva bli väldigt dyr, och/eller att sådan vård ges i akuta skeden och därmed inte kan förhandsgodkännas, vilket är ett krav inom försäkringarna.

bolagen gällande vilka typer av cancerbehandlingar som ingår, se vidare nedan.

Högspecialiserad vård (dvs. vård som t.ex. till följd av komplexitet, kostnadsskäl och/eller förekomst/frekvens inte erbjuds i hela landet, utan vanligen endast erbjuds på universitetssjukhusen) erbjuds inte av privata vårdgivare i någon nämnvärd omfattning. På grund av detta kan inte heller sådan vård erbjudas inom sjukvårdsförsäkringen.¹³

Annat som vanligtvis inte ingår i sjukvårdsförsäkringar är vård eller insatser för långvariga eller kroniska sjukdomar och diagnoser, sjukdom eller skador som den enskilde haft innan försäkringen började gälla. I vissa försäkringar finns det uttryckliga undantag för detta, i andra finns det karenskrav på 12–24 månader för sjukdomar, symptom eller skador som den enskilde haft innan hen tecknade en försäkring. Kroniska sjukdomar kan därför i praktiken sällan omfattas. Inte heller brukar behandling i samband med graviditet eller fertilitet, kosmetiska behandlingar, tandvård, och korrigering av syn omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. I allmänhet gäller att kosmetiska behandlingar, korrigering av exempelvis närsynthet etc. inte är försäkringsbara då skadan inte är plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa.

Under senare år har en sjukvårdsförsäkring med annan typ av innehåll börjat erbjudas, nämligen en form av cancervårdsförsäkring. Vård- och omsorgsanalys beskriver att det i den försäkringen bl.a. ingår en ny oberoende medicinsk bedömning, inklusive kompletterande diagnostik och undersökningar för att identifiera och individanpassa cancerbehandlingen.¹⁴

Vanligaste åtgärderna som betalas av försäkringsbolagen via sjukvårdsförsäkring

Det saknas officiella uppgifter om vilken vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. I Vård- och omsorgsanalys rapport finns en beskrivning av en datainsamling som Svensk Försäkring har gjort på Vård- och omsorgsanalys förfrågan. Av denna sammanställning framgår följande.

¹³ Se även resonemanget ovan om akutvård och intensivvård.

¹⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 37.

Enligt uppgifter kan omkring 40 procent av försäkringsbolagens kostnader för försäkringsvård kopplas till förebyggande och rehabiliterande insatser och omkring 60 procent till planerad specialiserad sjukvård. Det ger en fingervisning om hur insatserna fördelas.

Försäkringsbolagen som erbjuder sjukvårdsförsäkring finansierade år 2018 omkring 248 000 specialistbesök och 26 000 operationer. Motsvarande siffror för 2016 var ungefär 246 000 specialistbesök och 18 000 operationer. Som referens genomfördes det enligt Socialstyrelsens statistikdatabas totalt (både privat och offentligt finansierad vård) omkring 2,3 miljoner operationer inom öppen specialiserad vård i Sverige 2018. Av dem avsåg omkring 150 000 operationer rörelseapparaten. Inom slutenvården genomfördes samma år drygt 808 000 operationer. Antalet försäkringsfinansierade operationer skulle då totalt sett motsvara knappt en procent av alla operationer, även om andelen kan skilja sig åt beroende på vårdområde. Antalet försäkringsfinansierade operationer inom ortopedi var t.ex. omkring 9 700, vilket i relation till samtliga operationer inom rörelseapparaten (privat och offentligt finansierade) utgör 6–7 procent. Antalet operationer inom ortopedi uppgår till drygt 50 procent av det totala antalet operationer inom den försäkringsfinansierade vården. Behandlingar inom hud, öron-näsa-hals, gynekologi och ögon uppges vardera stå för 5–7 procent av det totala antalet operationer.

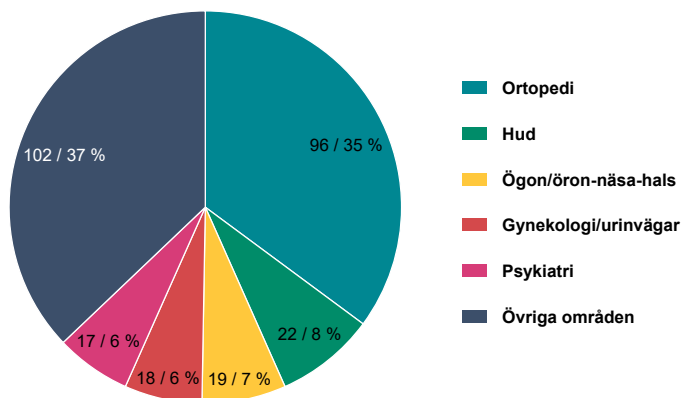
Av de vårdinsatser som försäkringsbolagen finansierade 2018 var insatser inom ortopedi och rörelseapparaten (axlar, rygg, knä m.m.) vanligast. Andra vanliga behandlingar avsåg t.ex. insatser inom hud, ögon, öron-näsa-hals, gynekologi och urinvägar samt psykiatri.¹⁵

I *figur 5.1* beskrivs de diagnosområden där insatser är vanligast inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Insatser inom ortopedi står för omkring 35 procent av samtliga insatser. Uppskattningen utgår från antalet unika specialistbesök och det totala antalet operationer. Vanligen är det flera besök för en skada.

¹⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.

Figur 5.1 **Antal vårdinsatser finansierade av privata sjukvårdsförsäkringar, per specialitet, 2018**

100 % = 274 000. Antal i diagrammet angett i tusental / procent.¹



1) Enligt bedömning från Svensk Försäkring.

Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020:3 (baserat på data från Svensk Försäkring).

Vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan skilja sig från den vård som regionen utför bl.a. utifrån organisation och planering. Försäkringsvården är inte uppbyggd utifrån uppdelningen i primärvård och specialistvård. Den första kontakten inom försäkringen hanteras med hjälp av rådgivning och triagering per telefon eller digitalt vårdbesök, antingen av försäkringsbolaget anställd personal eller genom en vårdgivare som försäkringsbolaget anlitat för denna tjänst. Det som inte utmynnar i egenvård skickas till specialistvård. De tjänster som vanligtvis ges av primärvården med regionen som huvudman erbjuds inte genom försäkringar.¹⁶

¹⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 31.

5.4.3 Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar

Som redogjorts för i gällande rätt (kapitel 3.15) har arbetsgivare ett ansvar att erbjuda sina anställda företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). I avsnittet ovan framgår bl.a. vilken vård som vanligen omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa insatser som omfattas av försäkringarna kan anses utgöra företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. De delar i sjukvårdsförsäkringen som inte avser företagshälsovård, förebyggande insatser eller rehabiliterande åtgärder förmånsbeskattas om försäkringen tecknas och betalas av arbetsgivaren, medan förebyggande och rehabiliterande insatser är skattefria (se 11 kap. 1 och 18 §§ inkomstskattelagen [1999:1229]). Flera av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna är upplagda som kombinationsförsäkringar, där såväl hälso- och sjukvård till arbetstagaren som arbetsgivarens skyldighet att erbjuda företagshälsovård m.m. omfattas av samma produkt.

Vid slopandet av skattefriheten för förmån av hälso- och sjukvård uttalade flera remissinstanser oro för gränsdragningsproblem mellan insatser och åtgärder som är skattebefriade respektive som inte är det.¹⁷ Den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga och skattefria insatser kan enligt ett ställningstagande från Skatteverket schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien.¹⁸ Även före införandet av förmånsbeskattning beskattades de anställda för den del av försäkringen som avser ekonomisk ersättning för egenavgifter (dvs. patientavgifter och kostnader för läkemedel). Den delen uppskattades till 3 procent av försäkringspremien.¹⁹

¹⁷ Se prop. 2017/18:131, s. 28.

¹⁸ Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.

¹⁹ Utredningen har försökt hitta en källa till detta, och fått information om att siffran kommer från ett numera upphävt rättsligt ställningstagande från Skatteverket. Detta har dock inte kunnat återfinnas vid kontakter med Skatteverket. Representanter från Skatteverket och Svensk Försäkring har dock muntligt uppgett att siffran är korrekt.

5.4.4 Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna

Det saknas uppgifter om nyttjandegraden av sjukvårdsförsäkringar som går att koppla till individer, dvs. hur många eller hur stor andel av försäkringstagarna som utnyttjat försäkringen.²⁰ Däremot finns det uppgifter om hur många vårdkontakter/besök som finansierats av försäkringar. År 2018 var siffran 4 procent för operationer (uträknat på antal operationer/antal försäkringar) och 38 procent för specialistbesök (totalt antal specialistbesök/antal försäkringar).²¹ Eftersom det saknas uppgifter över antalet individer som utnyttjar försäkringen är dessa uppgifter det närmaste utredningen kommit i fråga om en kartläggning av nyttjandegrad. Siffrorna ger dock liten ledning kring hur många försäkringstagare som faktiskt utnyttjar sin försäkring, eftersom en specifik skada kan kräva ett besök, och en annan skada kan kräva ett tiotal besök och en operation.²²

5.5 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?

Försäkringsbolagen tecknar samarbetsavtal med privata vårdgivare utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet om att utföra den vård som ingår i försäkringen. Ett försäkringsbolag kan ha avtal med flera hundra olika privata vårdgivare för att täcka in så många specialistområden som möjligt i hela landet.²³

Enligt uppgift från Svensk Försäkring fungerar en privat sjukvårdsförsäkring på följande sätt, se *figur 5.2* för en översiktlig sammanfattning.

Vid en inträffad skada/sjukdom ska den försäkrade ta kontakt med vårdplaneringen på sitt försäkringsbolag. Vårdplaneringarna är bemannade med legitimerade sjuksköterskor och i vissa fall läkare, som antingen är anställda av försäkringsbolaget, eller arbetar för en privat vårdgivare som försäkringsbolaget har anlitat för denna verksamhet. I den första kontakten, som sker via telefon eller digitalt, sker en medicinsk bedömning/triagering. Därefter sker en vårdplanering och det bokas besök (fysiskt eller digitalt) hos en lämplig vårdgivare som försäkringsbolaget har samarbetsavtal med i de fall

²⁰ Se dock Kullberg et al. (2021) för vissa beskrivningar.

²¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.

²² Se Kullberg et al. (2021) för ytterligare beskrivning.

²³ Uppgift från Svensk Försäkring och representant från Länsförsäkringar vid utredningens expertgruppssammanträde den 9 februari 2021.

det bedöms behövas. Det är först efter det att vården är godkänd och planerad av försäkringsbolaget som vården kan påbörjas. Om den enskilde har en försäkring med remisskrav krävs också att en remiss utfärdats innan vård kan planeras av försäkringsbolaget, och försäkringstagaren är i dessa situationer hänvisad till den offentligfinansierade vården (eller till att bekosta remissens utfärdande ur egen ficka) innan försäkringsbolaget kopplas in.

Vårdplaneringen hos försäkringsbolagen kan även ge medicinsk rådgivning, t.ex. egenvårdsråd vid enklare sjukdomstillstånd, så som lättare luftvägsinfektioner, utan att ett besök bokas in hos en vårdgivare, i de fall där vårdbesök inte bedöms medicinskt motiverat.

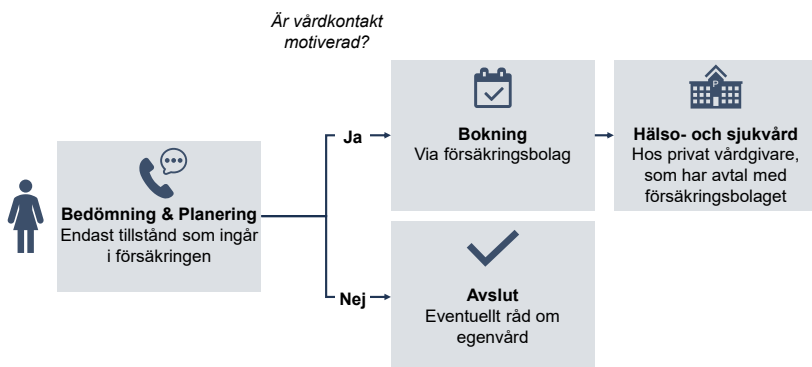
De medicinska bedömningarna och rådgivningen som ges sker av legitimerad vårdpersonal, och det journalförs. Personalen som utför detta omfattas av patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser. Flera av försäkringsbolagen arbetar med oberoende medicinsk granskning av behandlingsförfrågningar från vårdgivarna för att säkerställa att vården är medicinskt motiverad.

Flera försäkringsbolag använder sig av tjänsten *Boka doktorn* för att boka besök. Där lägger privata vårdgivare ut lediga tider som är tillgängliga för bokning av försäkringsbolag utifrån tecknade avtal och baserat på beräknat utrymme och efterfrågan med beaktande av eventuella avtal med regioner. Enligt Vårdföretagarna upplåter vårdgivarna tider för vårdplaneringarna att boka på efter bedömning av vilken kapacitet som kan frigöras utan att komma i konflikt med andra tecknade avtal (t.ex. med en region). Den försäkrade kan inte ringa direkt till vårdgivaren och boka tid för nybesök utan bokningen sker alltid via vårdplaneringen på försäkringsbolaget.²⁴

Om skadan innebär rehabilitering hos exempelvis fysioterapeut eller naprapat kan försäkringsbolaget godkänna ett visst antal besök, exempelvis 5 besök, i förväg. Det är vanligt att försäkringstagaren sedan bokar uppföljande besök direkt med vårdgivaren. Beroende på typ av skada och vilka insatser som bedöms behövas kan det ske ett uppföljande samtal med vårdplaneringen efter de förigodkända besöken. Därefter godkänns vanligen fler besök om det visar sig behövas. I *figur 5.2* framgår hur vägen till vård fungerar för en patient med sjukvårdsförsäkring.

²⁴ Uppgift från Vårdföretagarna 2021-02-04.

Figur 5.2 Så fungerar sjukvårdsförsäkringen



5.6 Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna

I likhet med andra försäkringar ställer försäkringsbolagen krav, utifrån vad som följer av försäkringsmässiga principer, för att en person ska kunna teckna en sjukvårdsförsäkring. För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste olika kriterier vara uppfyllda. Ett kriterium är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.²⁵ Kraven som försäkringsbolagen ställer skiljer sig bl.a. åt beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. I det följande ges några exempel på krav och andra villkor i försäkringarna.

Ålder

Försäkringsbolagen har en åldersgräns för hur gammal man får vara för att få teckna en sjukvårdsförsäkring. Den exakta gränsen skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen och kan också variera beroende på

²⁵ Detta framgår inte av lag, men i prop. 1984/85:77 (s. 38 ff.) redogörs för detta i samband med att det resoneras om vad som är tillståndspliktig försäkringsrörelse. Se även vidare i t.ex. Eckerberg (2010), s. 166 f. och där refererade källor.

om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Vanligtvis är den övre åldersgränsen för att få teckna en ny sjukvårdsförsäkring mellan 63 och 70 år, men ofta kan man behålla försäkringen längre än så.²⁶ Skälet till att det finns en övre åldersgräns är att risken för olika typer av skador/sjukdomar efter en viss ålder inte längre är plötslig och oförutsedd.²⁷

Som medlem i exempelvis Saco kan en sjukvårdsförsäkring nytecknas av personer mellan 18-67 år. Skyddet gäller till det år den försäkrade fyller 70 år. Premien skiljer sig åt beroende på ålder, men självrisken är 750 kronor oavsett ålder.²⁸

Hälsostatus

För att kunna teckna en individuell försäkring kräver försäkringsbolagen ett godkännande som grundar sig på personens hälsodeklaration eller att en hälsokontroll görs. Det är inte alltid ett krav när försäkringen tecknas som en gruppförsäkring. För att en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring ska få tecknas för en anställd ska hen enligt försäkringsvillkoren vara fullt arbetsför. Det innebär att det dagliga arbetet ska kunna genomföras utan inskränkning och att man varken tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall.²⁹

Premie

Premien för en sjukvårdsförsäkring skiljer sig åt beroende på en rad olika faktorer. Eftersom ålder är en viktig faktor i fråga om det förväntade behovet av hälso- och sjukvård så ökar också premien för en sjukvårdsförsäkring i takt med stigande ålder. Premien för den som är mellan 30 och 34 år varierar t.ex. mellan ungefär 2 000 och 6 000 kronor per år. Motsvarande premie för den som är mellan 65 och 70 år är cirka 10 000 till 25 000 kronor (prisuppgifterna är hämtade från ett urval av tre större försäkringsbolag).³⁰ Skillnader i

²⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

²⁷ Det skulle vara möjligt att erbjuda en försäkring men premien skulle bli mycket hög till följd av den höga risken vilket i sin tur skulle leda till att få personer skulle komma att teckna en sådan försäkring.

²⁸ Sacos hemsida.

²⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

³⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

premie inom en ålderskategori beror till stor del på variationer i innehållet i försäkringen och under vilka förutsättningar sjukvårdsförsäkringen har tecknats. En försäkring med ett mer omfattande skydd har en högre premie. Det blir en lägre premie om självrisk gäller (vilket är det vanligaste). Ett annat exempel på när premien kan vara lägre är om en sjukvårdsförsäkring har tecknats med remisskrav, dvs. att försäkringen inte täcker några kostnader för specialistvård innan en remiss har utfärdats.

Premien bestäms således av hur omfattande försäkringen är, den försäkrades ålder samt vilka övriga villkor som gäller för försäkringen, t.ex. självrisk eller remisskrav.

Självrisk

De allra flesta försäkringar, cirka 85 procent, tecknas med självrisk.³¹ Försäkringstagaren betalar med en sådan försäkring en del av kostnaden för att nyttja försäkringen, varför premien blir lägre än om självrisk inte gäller. Självrisk varierar men ligger vanligen på mellan 500 och 1 500 kronor per inträffad skada.³² Självrisk träder in först efter att ett vårdbesök bokats från försäkringsbolagets sida. Den första kontakten med försäkringsbolaget utlöser därmed inte någon självrisk.

Försäkringsbolagens vårdgaranti och ersättningsskyldighet

Försäkringsbolagen erbjuder ofta en kortare väntetid än den författningsreglerade vårdgarantin inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den försäkrade ska få en första kontakt (rådgivning eller behandling) med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar och få operation inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. Om en försäkringstagare är i behov av vård som inte finns hos privata vårdgivare i den egna regionen kan försäkringsbolaget hänvisa försäkringstagaren till en privat vårdgivare i en annan region. Detsamma gäller om vården inte kan tillhandahållas i den egna regionen inom försäkringsbolagens väntetidsgaranti. I vissa fall kan för-

³¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

³² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

säkringsbolaget också hänvisa försäkringstagaren till vård utomlands.³³ Försäkringsbolaget står då för resekostnaderna.³⁴

Om försäkringsbolagens garanti inte uppfylls lämnar försäkringsbolagen ersättning till den försäkrade. Det rör sig om cirka 1 000 kronor i ersättning per dag om den försäkrade får vänta längre tid än vad som anges i avtalet.³⁵

Den offentligt finansierade vårdens vårdgaranti är tre dagar till primärvård, 90 dagar till den specialiserade vården samt 90 dagar för planerad vård, räknat från den dag vårdgivaren beslutat att den enskilde ska få den vården. Detta regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Regionerna kan också erbjuda en egen, kortare, vårdgaranti, som kan variera över landet. Det betalas inte ut någon ersättning till patienterna om bestämmelserna om vårdgaranti inte hålls.

Försäkringspatienter har ibland större krav på sig från försäkringsbolagen vad gäller t.ex. uteblivet besök än vad regionerna ställer. Om patienten uteblir får hen betala hela avgiften för mottagningsbesöket och även hela eller del av operationskostnaden.³⁶

5.7 Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar

En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som behandlat patienten. Därefter kan patientnämnden i regionen bli aktuell att kontakta, och i sista hand IVO.³⁷

En patient kan ha synpunkter på försäkringsbolaget och hur det har hanterat hens vårdbehov. Om en patient är missnöjd med hur försäkringsbolaget har hanterat ett ärende ska patienten i första hand vända sig till de ansvariga inom bolaget, oavsett om klagomålet gäller ett beslut, bemötandet från handläggaren eller lång handläggningstid.

Det finns regler om klagomålshantering som alla försäkringsbolag måste följa. Försäkringsbolagen ska se till att kunder på ett lämpligt sätt kan anmäla klagomål mot bolaget. Hanteringen av

³³ Kullberg et al. (2019), s. 740.

³⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 36.

³⁵ Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17 och från Svensk Försäkrings representant i expertgruppen.

³⁶ Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.

³⁷ Se mer i kapitel 11.3.6.

klagomål ska vara effektiv och klagomålen ska besvaras snarast möjligt. Varje försäkringsbolag ska ha en klagomålsansvarig, som är ytterst ansvarig för klagomålsrutinerna, registrerad hos Finansinspektionen. Information om vem den klagomålsansvariga personen är ska finnas på bolagets webbplats.³⁸

Om patienten fortfarande inte är nöjd kan denna ofta gå vidare till en nämnd utanför försäkringsbolaget; Patientskadenämnden, eller till domstol.

Om en patient exempelvis drabbas av en personskada i samband med vård eller behandling kan denne ha rätt till ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen (1996:799). En patient som har vårdats inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården eller tandvården gör en anmälan till Löf (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Om en patient drabbats av en personskada i samband med privatfinansierad vård eller behandling hos en privat vårdgivare ska denne kontakta den vårdgivaren för att få reda på i vilket försäkringsbolag hen har sin patientförsäkring.

Synpunkter som rör avtalsvillkor och relationen mellan försäkringsgivare och försäkringstagare kan fångas upp av Finansinspektionen, som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen, och Konsumenternas Försäkringsbyrå, en stiftelse som Konsumentverket, Finansinspektionen och Svensk Försäkring står bakom.

Konsumenternas Försäkringsbyrå ger oberoende fakta och vägledning inom försäkringsområdet till konsumenter. Till den kan konsumenter vända sig med frågor och synpunkter rörande privata sjukvårdsförsäkringar. Finansinspektionen är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen och ska i sin tillsyn säkerställa att bolagen har tillräcklig kapitalstyrka för att infria sina åtaganden gentemot försäkringstagarna.

³⁸ Uppgifter från Konsumenternas Försäkringsbyrås hemsida (Konsumentstöd > Klaga, ångra, anmäl > Klaga i ett försäkringsärende).

5.8 Användare av privata sjukvårdsförsäkringar

5.8.1 Antalet försäkringstagare

Det saknas myndighetsdata om hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring hade 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring år 2020, vilket motsvarar cirka 6,5 procent av befolkningen.

Sjukvårdsförsäkringar började säljas i Sverige år 1985, och riktade sig då främst till företag som ville ha en försäkring som gav god tillgång till vård för nyckelpersoner.³⁹ Samma år som försäljningen av privata sjukvårdsförsäkringar startade hade 2 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. År 1990 hade siffran växt till cirka 23 000 personer, och år 1992 hade siffran ökat ytterligare till 40 000 personer. Därefter avstannade ökningen i ett par år.⁴⁰ En förklaring som då framfördes till att ökningen stannade av var ”att vårdköer och väntetider i den offentliga vården minskat.”⁴¹ Ökningen tog senare vid igen, och år 2000 hade cirka 115 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring.⁴²

Den genomsnittliga årliga ökningen sedan år 2000 är drygt 12 procent. Sedan 2010 och fram till 2020 har antalet sjukvårdsförsäkringar ökat med totalt sett 57 procent.

Den kategori av försäkringar som har ökat snabbast under 2000-talet är de arbetsgivarbetalda försäkringarna. Även de övriga grupp-försäkringarna, dvs. försäkringar som betalas av den enskilde inom en grupp (t.ex. en fackförening), ökade i antal. De individuella sjukvårdsförsäkringarna, dvs. försäkringar som tecknas av en privatperson, har ökat i mindre omfattning.

I *figur 5.3* visas utvecklingen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar, uppdelat på typ av försäkring, mellan åren 2011 och 2020 (i antal tusen försäkringar).⁴³

³⁹ Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-20.

⁴⁰ SOU 2001:57, s. 108 f. och DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.

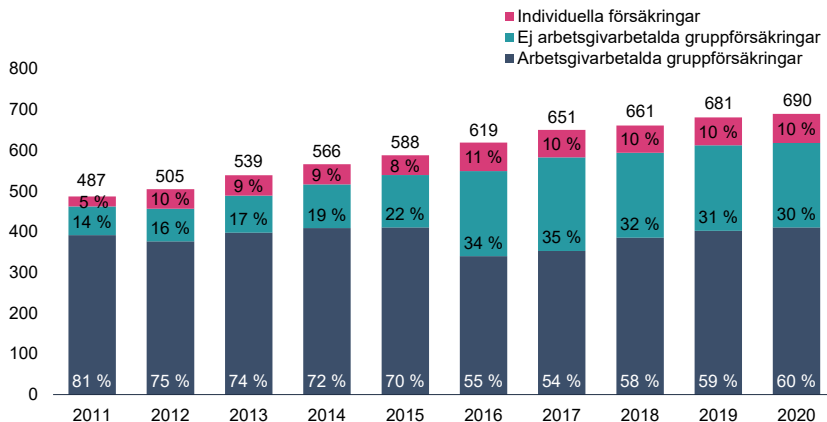
⁴¹ DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.

⁴² SOU 2001:57, s. 108 f.

⁴³ Äldre information saknar uppdelningen mellan individuella försäkringar, arbetsgivarbetalda grupp-försäkringar och övriga grupp-försäkringar varför dessa år inte tagits med i diagrammet.

Figur 5.3 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2011–2020, fördelat på typ av försäkring

Angett i tusental försäkringar¹

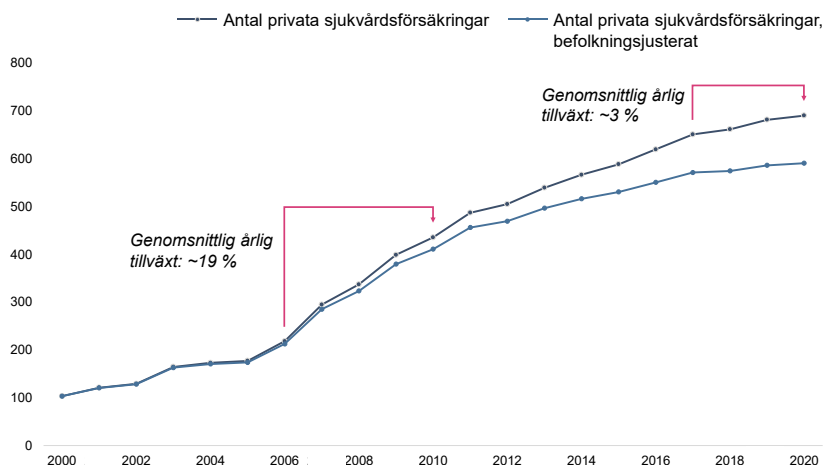


1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.

Not: På grund av avrundning uppgår inte samtliga summeringar till exakt 100 %.

Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

I *figur 5.4* visas tillväxten av privata sjukvårdsförsäkringar mellan åren 2000–2020, dels i antal, dels justerat efter befolkningsökningen.

Figur 5.4 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2000–2020Angett i tusental försäkringar¹

1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.

Not: Den befolkningsjusterade utvecklingen baseras på total befolkningsökning sedan år 2000. Vid den befolkningsjusterade utvecklingen skulle även befolkningsmängden av personer 18–64 år med förvärvsinkomst >0 kunna användas. Detta eftersom en stor andel av försäkringarna utgörs av arbetsgivarbetalda försäkringar. Eftersom ungefär hälften av försäkringarna ändå är icke-arbetsgivarbetalda så utgår vi i detta exempel utifrån den totala befolkningen.

Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

5.8.2 Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar

Det saknas myndighetsdata om vilka det är som har en privat sjukvårdsförsäkring. År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* som är en deskriptiv analys baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

I rapporten sammanfattas hur gruppen försäkrade skiljer sig från den övriga populationen i en rad viktiga avseenden:

1. Nästan två tredjedelar av de försäkrade 2015 var män. Andelen män har dock minskat något sedan 2006. Inom de olika sektorerna på arbetsmarknaden är könsskillnaderna väsentligt mindre. En stor del av könsskillnaderna har således sin bakgrund i att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer.

3. Medelåldern för de försäkrade ligger ganska nära medelåldern för arbetskraften i sin helhet (cirka 45 år). Det innebär att de med privat sjukvårdsförsäkring är underrepresenterade bland unga och äldre.
4. De försäkrade är överrepresenterade i Stockholms län, framför allt när det gäller arbetsgivarbetalda försäkringar, och i Västra Götalands län. Mätt som andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar vanligast i Jämtlands län, där 18 procent av de sysselsatta har en privat sjukvårdsförsäkring.
5. De försäkrade har i genomsnitt cirka ett års längre utbildning än befolkningen som helhet. Skillnaden kan till största delen förklaras med en större andel högskoleutbildade bland de försäkrade.
6. Det största antalet försäkrade återfinns inom bygg- och anläggning, medan sektorn som inkluderar finansiella tjänster samt juridisk och ekonomisk konsultation har högst andel försäkrade. De försäkrade är tydligt underrepresenterade i sektorer som utbildning, hälso- och sjukvård samt offentlig förvaltning.
7. De försäkrade är överrepresenterade på små arbetsplatser med upp till 30 anställda.
8. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. Skillnaden kan framför allt hänföras till den övre delen av inkomstfördelningen. Detta gäller i synnerhet de arbetsgivarbetalda försäkringarna.
9. De försäkrade mottar i mindre utsträckning stöd från olika typer av hälsorelaterade försäkringar, så som sjukpenning och sjukersättning.⁴⁴

I en rapport från 2017, framtagen av LO, PTK och Svenskt Näringsliv, framgår att 42 procent av de företag som deltog i undersökningen, som genomfördes under våren 2017, hade en sjukvårds- och/eller rehabiliteringsförsäkring för alla anställda på företaget. Det var vanligare med försäkringar bland företag med 10–49 anställda jämfört med företag med 250 eller fler anställda. Därutöver var det vanligare

⁴⁴ Palme, M. (2017), framför allt s. 43 f.

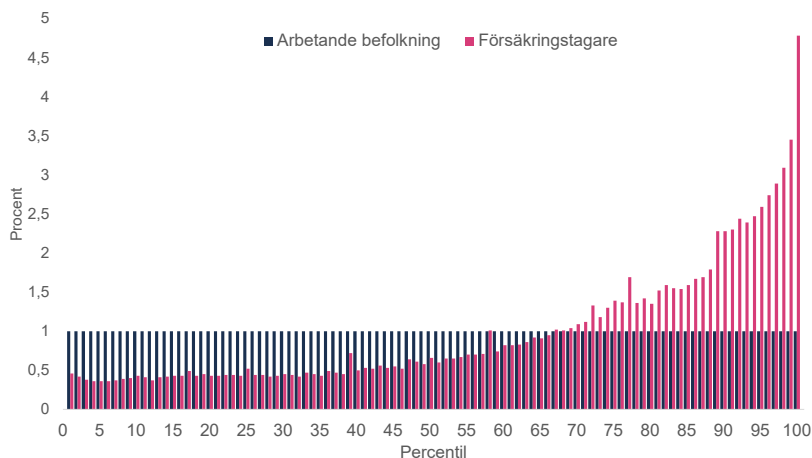
med försäkringar inom branschen byggindustrin/installation samt handel/hotell jämfört med industri- samt tjänstebanschen.⁴⁵

Sammanfattningsvis finns det personer med privata sjukvårdsförsäkringar i hela Sverige men de är vanligare i storstadsregionerna. De är också vanligare i vissa branscher som bygg- och anläggning, inom den finansiella sektorn och på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda. Fler män än kvinnor har en sjukvårdsförsäkring. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. De flesta privata sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda.

I *figur 5.5* framgår andel personer med privat sjukvårdsförsäkring satt i relation till den arbetande befolkningen som helhet, utifrån olika inkomstpercentiler.

Figur 5.5 Andel med privat sjukvårdsförsäkring inom olika delar av inkomstfördelningen (2015)

Inkomstfördelningen uppdelat på percentiler efter förvärvsinkomst 2015.



Not: Åldersgruppen 30-64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Figuren visar inkomst i den arbetande befolkningen som en percentilfördelning (blå staplar). En procent av den arbetande befolkningen ingår i första percentilen, en procent i den andra percentilen, osv. De rosa staplarna visar hur försäkringstagare fördelar sig. Om den rosa stapeln är lägre än den blå stapeln finns en mindre andel av försäkringstagarna i denna inkomstpercentil, jämfört med befolkningen som helhet. Om den rosa stapeln är högre än den blå, är det relativt fler försäkringstagare i percentilen, jämfört med befolkningen som helhet. Brytpunkterna för statlig skatt gick vid detta tillfälle vid percentil 73 (första gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 36 942 kr) och percentil 91 (andra gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 52 433 kr).

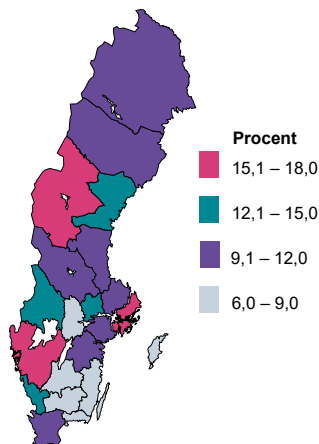
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

⁴⁵ LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017), s. 8.

I *figurerna 5.6A–B* och *5.7A–B* visas andel respektive antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av Sverige år 2015. De två figurerna 5.6 visar *andel* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, dels i form av en karta, dels i staplar.

Figur 5.6A Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

Riksgenomsnitt = 13 procent.

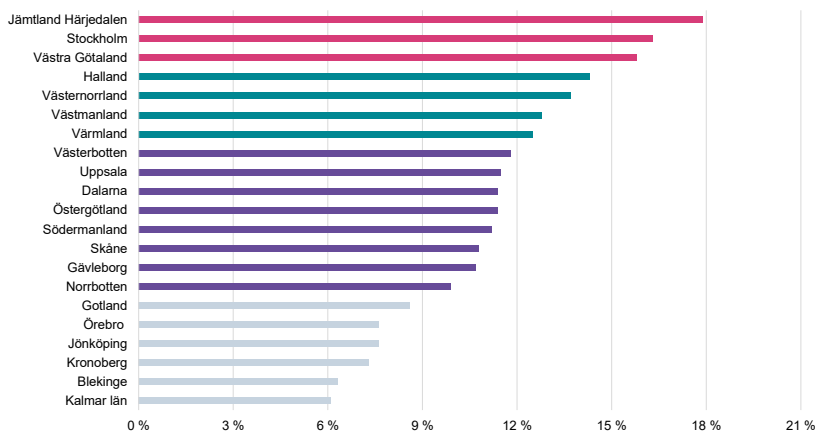


Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.

Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.6B Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

Riksgenomsnitt = 13 procent.

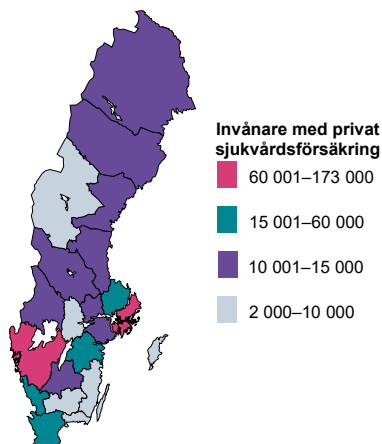


Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.

Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

De två figurerna 5.7 visar i stället *antal* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, men också i form av en karta respektive staplar.

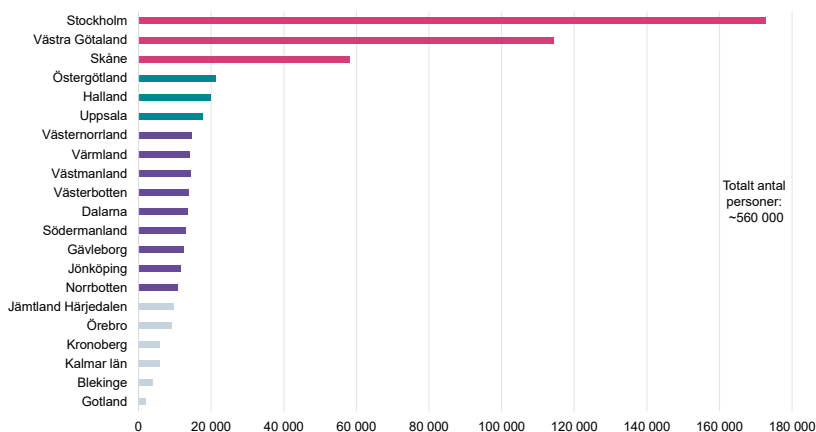
Figur 5.7A Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.

Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.7B Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.

Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

5.8.3 Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund

Under de senaste åren har det blivit allt vanligare att fackförbund och andra organisationer erbjuder sina medlemmar att via dem teckna sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring.

Saco

Saco är den centralorganisation där flest medlemsförbund har erbjudande om privata sjukvårdsförsäkringar som gruppförsäkring till sina medlemmar. Saco är en sammanslutning av 21 fackförbund som organiserar olika akademikergrupper såsom arkitekter, bibliotekari-er, ekonomer, ingenjörer, jurister, läkare, lärare, naturvetare och psykologer. Totalt organiseras cirka 700 000 medlemmar.

Saco som huvudorganisation har uttalat att försäkringarna är ett komplement till den offentligt finansierade välfärden, och att medlemmarna erbjuds sådan försäkring för att underlätta för dem, samt att tillgängligheten har blivit ett problem i sjukvården, och att det därför finns ett behov av sjukvårdsförsäkring.⁴⁶

Majoriteten av Sacos förbund erbjuder medlemmarna att själva teckna och betala för privata sjukvårdsförsäkringar som grupp-försäkring.

Utredningen har gått igenom de olika förbundens hemsidor för att kartlägga vilka förbund som erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring, samt tagit kontakt med vissa av förbunden⁴⁷ för att kontrollera resultaten.

Av detta framkom att femton av 21 fackförbund erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring via dem, vilket är följande fackförbund. Akademikerförbundet SSR, Akavia, DIK, Lärarnas Riksförbund, Naturvetarna, Officersförbundet, Sjöbefäls-föreningen, SRAT, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Arkitekter, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Ingenjörer, Sveriges Psykologför-bund, Sveriges Skolledarförening och Sveriges Universitetslärare och forskare (SULF).

⁴⁶ Uppgifter från Thomas Andrén, välfärdsekonom på Saco, till Dagens Medicin, "Fler betalar sig förbi vårdkö", publicerad 2019-04-15.

⁴⁷ Separat kontakt tagen med Reservofficerarna, Sveriges Tandläkarförbund och Kyrkans Akademikerförbund.

Fysioterapeuterna, Reservofficerarna, Sveriges Läkarförbund, och Sveriges Veterinärförbund erbjuder inte sina medlemmar att teckna sådan försäkring. Sveriges Läkarförbund har också uttalat sig i media om privata sjukvårdsförsäkringar och där uttalat en oro över utvecklingen kring privata sjukvårdsförsäkringar.⁴⁸ Vad gäller Sveriges Tandläkarförbund erbjuder förbundet inte sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring, men förbundet består av fyra medlemsföreningar; SOL (för forskare och läkare) och TEV (för egenföretagare), som inte erbjuder försäkringen, Tjänstetandläkarna (för anställda) som erbjuder försäkringen, samt Studerandeföreningen, som utredningen inte fått fram information om de erbjuder försäkringen eller inte.⁴⁹

Vad gäller Kyrkans Akademikerförbund har utredningen inte lyckats få reda på om det förbundet erbjuder sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring.

TCO

TCO är en centralorganisation för 13 fackförbund och organiserar nästan 1,4 miljoner tjänstemän på den svenska arbetsmarknaden. TCO-förbundens medlemmar arbetar t.ex. som ingenjörer, lärare, poliser, ekonomer, sjuksköterskor och inom kommuner, statliga myndigheter, banker och försäkringsbolag.

TCO som centralorganisation har inte något ställningstagande i fråga om privata sjukvårdsförsäkringar. Deras fackförbund ser också olika på frågan. Av vad utredningen kunnat läsa sig till på respektive förbunds hemsida är det fem av TCO-förbunden som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Finansförbundet, Forena, Lärarförbundet, Polisförbundet och Unionen.

Åtta förbund erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Försvarsförbundet, Journalistförbundet, SYMF, ST, Teaterförbundet, TULL-KUST, Vision och Vårdförbundet.

För fyra av förbunden finns det tydliga ställningstaganden som ligger bakom deras inställning till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

⁴⁸ Se t.ex. Stensmyren och Thorwaldsson i DN Debatt, 2019-12-05.

⁴⁹ Enligt uppgift från Sveriges Tandläkarförbund är det Tjänstetandläkarna som administrerar Studerandeföreningen, men det framkommer inte om samma försäkringar kan tecknas som studerandemedlem.

ST har under kongressen 2020 beslutat att inte erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar till sina medlemmar och att förbundet inte ska teckna kollektivavtal som inkluderar privata sjukvårdsförsäkringar.⁵⁰

Vision erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar. Det är ett beslut som styrelsen fattat. Frågan var uppe på förbundsområdet 2020. En motion hade inkommit om att inte erbjuda försäkringar och den motionen föreslogs anses besvarad.⁵¹

Vårdförbundet erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar. Förbundet har uttalat sig i frågan i media flera gånger.⁵²

Unionen erbjuder sjukvårdsförsäkring till sina medlemmar. I en tidningsartikel där frågan om sjukvårdsförsäkringar behandlas uttalade Unionens förhandlingschef att grupp-försäkringar är en av fackförbundens kärnuppgifter. I artikeln uttalades vidare följande: "Det finns en önskan hos en del av våra medlemmar att kunna få snabbare vård så länge inte andra patienter trängs undan. Vi har landat i bedömningen att skatter inte kommer kunna höjas i närtid så mycket att alla får den vård som efterfrågas så snabbt som man vill ha det".⁵³

LO

LO är en centralorganisation för 14 fackförbund som organiserar cirka 1,5 miljoner arbetstagare inom bl.a. bygg-, handel-, restaurang-, transport-, och kommunalbranschen. Inget av LO:s fackförbund erbjuder sina medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar. LO har under lång tid varit kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar. Frågan har behandlats på flera kongresser och på kongressen 2016 togs beslut att "ge LO:s styrelse i uppdrag att verka för att stoppa sjukvårdsförsäkringar som ger möjlighet att betala sig före i sjukvårdssystemet"⁵⁴ Enligt LO kan de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en tudelad och ojämlik vård som undergräver en offentligt

⁵⁰ Beslut vid ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar, se protokoll på hemsidan.

⁵¹ Förbundsområdet hölls den 24–26 september 2020. Motion 53 *Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*. Se styrelsens svar till motionen för information om beslutet som styrelsen fattat 2018. Utredningen har kontaktat Vision för att få del av protokoll från förbundsområdet, men inte fått något svar.

⁵² Se t.ex. *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: "Som att tro på tomten"* i Arbetsvärlden, 2020-02-04.

⁵³ Se uttalande av Martin Wästfelt, Unionens förhandlingschef, till Syre i artikeln *Unionen: "Det finns en önskan om snabbare vård"*, 2020-12-18.

⁵⁴ Se Kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet, som finns på LO:s hemsida.

finansierad välfärd fördelad efter behov. LO har också flera gånger uttalat att privata sjukvårdsförsäkringar, genom att ge förtur till vård, bryter mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om att den som har störst behov av vård ska få vård först.⁵⁵

5.9 Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar

Det saknas officiella uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar till de privata vårdgivarna för den vård som vårdgivarna utför. De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar bygger på de premier som försäkringstagarna betalar till försäkringsbolagen. Uppgifterna om premier kommer från Svensk Försäkring. SCB delar sedan upp premieinkomsten i två delar, en administrationsdel och en transfereringsdel.⁵⁶

I *figur 5.8* redovisas hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär för år 2019. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, inklusive läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen, var år 2019 cirka 549 miljarder kronor. Den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar, utifrån en beräkning av premierna, uppgår till cirka 3,6 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 0,7 procent av de totala utgifterna.⁵⁷ De senaste tio åren dessförinnan har siffran legat på mellan 0,5 och 0,7 procent.⁵⁸

⁵⁵ Se t.ex. debattartikeln *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån* i Göteborgs-Posten, publicerad 2020-08-21.

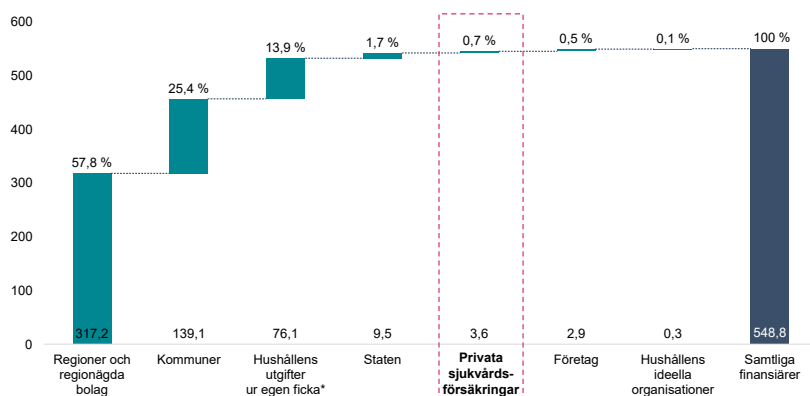
⁵⁶ Uppgift från SCB 2021-01-27.

⁵⁷ SCB:s Hälsoräkenskaper.

⁵⁸ SCB:s Hälsoräkenskaper. (2009–2012: 0,5 procent, 2013–2016 och 2018: 0,6 procent och 2017 0,7 procent.).

Figur 5.8 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansier, 2019

I miljarder kronor



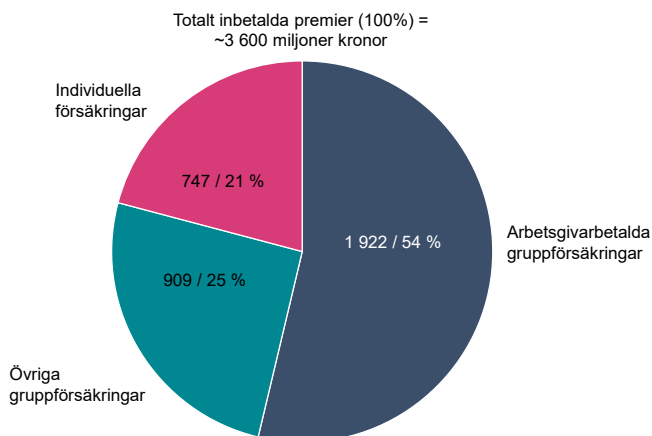
*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster/sparande. Not: Om utgifterna för läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen undantas uppgår den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar i stället till cirka 1 procent. Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.

Källa: SCB, Hälso- och sjukvårdens kostnader (2019).

Fördelningen av inbetalda premier fördelat på de olika typerna av individuella och grupp-försäkringar framgår av *figur 5.9*.

Figur 5.9 Inbetalda premier¹, per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Miljoner kronor respektive procent



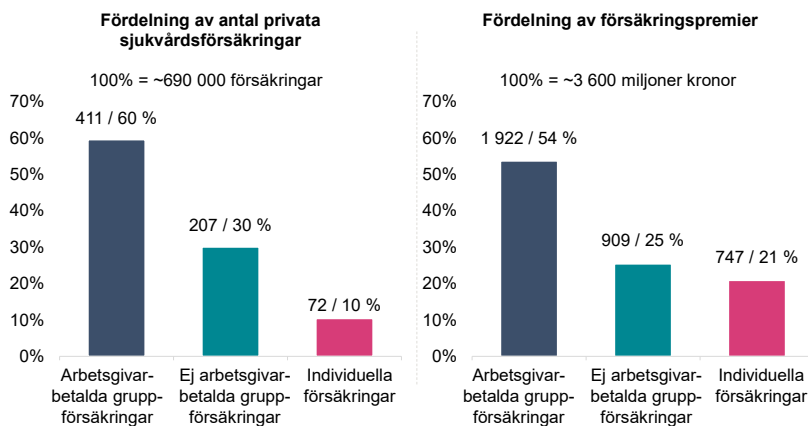
1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.

Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Av figur 5.10 framgår också fördelningen av inbetalda premier. Dessa framgår av stapeldiagrammet till höger, men har nu satts i relation till fördelningen av antalet sjukvårdsförsäkringar, som visas i diagrammet till vänster.

Figur 5.10 Andel sjukvårdsförsäkringar och inbetalda premier¹, per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Tusen antal sjukvårdsförsäkringar, miljoner kronor inbetalda premier



1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.

Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Som framgår i diagrammen är det betydligt högre premier i de individuella försäkringarna i förhållande till antalet sådana försäkringar. Detta har bl.a. att göra med att arbetsgivare och fackföreningar kan avtala fram lägre premier i grupp-försäkringarna, eftersom riskerna sprids över en större grupp.

5.10 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet finns en redogörelse för vad privata sjukvårdsförsäkringar är, hur de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar i Sverige och vilka som huvudsakligen har försäkringar. Statistiken är till stor del hämtad från Svensk Försäkring, samt från SCB:s nationalräkenskaper i de fall där statistik finns tillgänglig därifrån. Det saknas myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de funge-

rar. Utredningen har inte haft möjlighet att kvalitetssäkra de uppgifter som inhämtats från Svensk Försäkring. Som kommer framgå i senare kapitel i betänkandet saknas det i flera avseenden tillgänglig statistik på området.

Av beskrivningen i detta kapitel framgår följande. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Privata sjukvårdsförsäkringar nyttjas till specialiserad öppenvård, där ortopedi är det vanligaste vårdområdet. Den vanligaste försäkringen är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar, följt av övriga gruppförsäkringar. De individuellt tecknade försäkringarna är minst vanliga. Antalet 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 försäkringar är främst män med högre inkomster än befolkningen som helhet, och vanligast är försäkringar i storstadsregionerna samt i Region Jämtland-Härjedalen.

6 Ansvar för hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskrivs statens och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården. Ansvaret består i att erbjuda, planera, organisera och finansiera vården. Vidare beskrivs olika kategorier av drift av vård. Även regionernas ansvar för avtal med privata vårdgivare och uppföljning av avtalen beskrivs. Kapitlet innehåller en beskrivning av utredningens undersökning om avtalen mellan regionerna och privata vårdgivare och om avtalsuppföljningen.

6.1 Delat ansvar mellan staten och regionerna

Av 1 kap. 2 § regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan stat, regioner och kommuner. Staten har ett övergripande ansvar för att styra hälso- och sjukvården genom bl.a. lagstiftning, statsbidrag, kunskap, nationell statistik, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter. Staten har direkt beslutskompetens vad gäller den nationellt högspecialiserade vården.¹ Staten har även det primära ansvaret för forskning och utbildning på vårdområdet genom de statliga universiteten. I budgetpropositionen för 2021 anges att statens ansvar för hälso- och sjukvården innebär att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet.²

Det är regionerna som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård i Sverige. Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och åt den som är kvarskrivnen och stadigvarande vistas inom regionen (8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL).

¹ Se 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

² Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 12.

Regionen har ansvar för vård även i vissa andra situationer, exempelvis för de patienter som, enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), väljer utförare av offentligfinansierad vård utanför sin hemmaregion (8 kap. 3 § HSL). Regionens ansvar som huvudman består även av att finansiera, organisera och planera vården.

Kommunen har ansvar för viss vård, exempelvis hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och, under förutsättning att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, hemsjukvård.³ Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande då den inte omfattas av utredningens direktiv.

6.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården

6.2.1 Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare

Regionen är ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har regionen en relativt stor frihet att själv organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare för viss verksamhet. 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.⁴ Regionen har också ansvar för att följa upp den vård som utförs på regionens uppdrag.⁵

Regionen har ansvar för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår också att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.⁶

³ Se mer i 12 och 14 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

⁴ Se 15 kap. 1 § HSL.

⁵ Detta följer av att regionen alljämt är huvudman enligt 15 kap. 1 § HSL men framgår också av 10 kap. 8 § kommunallagen.

⁶ Se 7 kap. 2 § HSL.

6.2.2 Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare

Regionens ansvar i egenskap av huvudman omfattar all vård som utförs i regionen, oavsett om regionen utför den i egen regi eller om regionen har överlämnat den till en privat vårdgivare. Begreppet huvudman definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård,⁷ vilket alltså är en vid definition och som ger lite ledning kring omfattningen av huvudmannens ansvar. De bestämmelser som finns i HSL och i kommunallagen (2017:725)⁸ om regionens ansvar för avtalsskrivning med och uppföljning av privata vårdgivare är dock ett utlopp för det ansvar som följer av huvudmannaskapet. Viss ledning kan därmed anses finnas i och med de bestämmelserna.

Det betonas i förarbetena att huvudmannaskapet inte medför en bestämmanderätt över utförarens dagliga verksamhet. Det fråntar inte heller vårdgivaren ansvaret som följer med rollen som vårdgivare.⁹ Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla regelverken. Huvudmannen har alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Regionen behöver därför i egenskap av huvudman ha viss kunskap och insyn i den privata vårdgivarens verksamhet.

Förutsättningarna för regionen att utöva sitt huvudmannaansvar, och i vilken utsträckning den kan påverka den privata vårdgivarens verksamhet varierar bl.a. beroende på vårdområde, omfattningen av avtalet och den verksamhet som upphandlas. I flera förarbeten betonas att huvudmannaskapet innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.¹⁰ I förarbetena till lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, anger man, gällande drift-entreprenader, att kommunen bestämmer vad verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet ska vara och att kommunen även ansvarar för uppföljning, utvärdering och eventuella kompletterande insatser. Den externa leverantören tillhandahåller, enligt proposi-

⁷ Se 2 kap. 1 § HSL.

⁸ Primärt 10 kap. 7–9 §§ och 5 kap. 3 § KL.

⁹ Prop. 2016/17:43, s. 86.

¹⁰ Se t.ex. prop. 2013/14:118, s. 38 och prop. 2016/17:166, s. 9.

tionen, således en kommunal tjänst och kommunen bär ansvaret på samma sätt som när kommunen bedriver verksamheten i egen regi.¹¹

I flera förarbeten diskuteras också ”köp av enstaka platser eller tjänster” i förhållande till begreppet huvudman. Följande anges t.ex. i förarbetena till LOV:

När en kommun köper enstaka platser eller tjänster på en privat institution eller anläggning har kommunen inget inflytande över verksamhetens utformning. Kommunen är inte huvudman för verksamheten men ansvarar ändå för att de vård-, omsorgs- och stödinsatser som den enskilde får håller god kvalitet.¹²

I prop. 2016/17:166 anges att ”när ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat vårdgivare är däremot landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning”.¹³

I förarbetena till nya HSL, när bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap”, infördes i den bestämmelse som kom att bli 15 kap. 1 § HSL, anges följande:

Utredningen har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget eller kommunen behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal.¹⁴

Tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att landstingets eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.¹⁵

Utredningen kan konstatera att förarbetena till nya HSL är tydliga i fråga om att regionens huvudmannaansvar alltså finns kvar vid överlämnande av vård till privata vårdgivare. Utredningens bedömning är därför att begreppet huvudman i 15 kap. 1 § HSL avser att träffa samtliga de avtal som regionen tecknar med privata vårdgivare om att utföra vård eller andra tjänster åt regionen, oavsett omfattningen av dessa avtal. Förarbetsuttalandena om köp av enstaka

¹¹ Prop. 2008/09:29, s. 19 f.

¹² Prop. 2008/09:29, s. 20.

¹³ Prop. 2016/17:166, s. 9.

¹⁴ Prop. 2016/17:43, s. 115.

¹⁵ Prop. 2016/17:43, s. 146.

platser syftar enligt utredningens bedömning snarare till att förtydliga att regionen inte har någon bestämmanderätt över utformningen av verksamheten i stort, än att frånta regionen det ansvar som följer av huvudmannaskapet i HSL. Att omfattningen av avtalen och vilken typ av uppgift som lämnas över påverkar vilket faktiskt inflytande regionen får över den privata vårdgivarens dagliga verksamhet är en annan sak, och ter sig också fullt naturligt.¹⁶ För det fall driften av ett helt sjukhus upphandlas blir det naturligt att regionen kan komma att ha ett större inflytande på verksamheten än om regionen upphandlar enstaka vårdkontakter. Mer om olika upphandlingar från regionens sida finns i kapitel 6.4.

6.3 Finansieringen av hälso- och sjukvården

Regionernas hälso- och sjukvård finansieras till allra största del av skattemedel. Det är inte reglerat i detalj hur den offentliga hälso- och sjukvården ska finansieras, men vissa övergripande bestämmelser finns. Regionerna har rätt att ta ut skatter (14 kap. 4 § regeringsformen). Skatten ska användas till skötseln av regionens angelägenheter, dvs. bl.a. hälso- och sjukvård. Därutöver får regionerna ta ut avgifter från patienten, se 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725), KL. Av KL följer också vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

Regeringen uttalade i prop. 2016/17:166 att den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter.¹⁷ En annan utgångspunkt, som framgår av förarbeten, är att den ska vara ett offentligt ansvar som finansieras gemensamt av landets invånare.¹⁸ Det offentliga huvudmannaskapet omfattar dock inte ansvar för sådan hälso- och sjukvård som bedrivs med enbart privat finansiering och som tillhandahålls utan offentligt uppdrag.¹⁹

I *figur 6.1* redovisas hur hälso- och sjukvården finansieras. Mot bakgrund av hur hälsoräkskaperna är uppbyggda innefattas även

¹⁶ Se vidare i förarbetena som nämns ovan om diskussioner kring faktiskt inflytande. Se också SOU 2013:53, s. 97 ff.

¹⁷ Prop. 2016/17:166, s. 14.

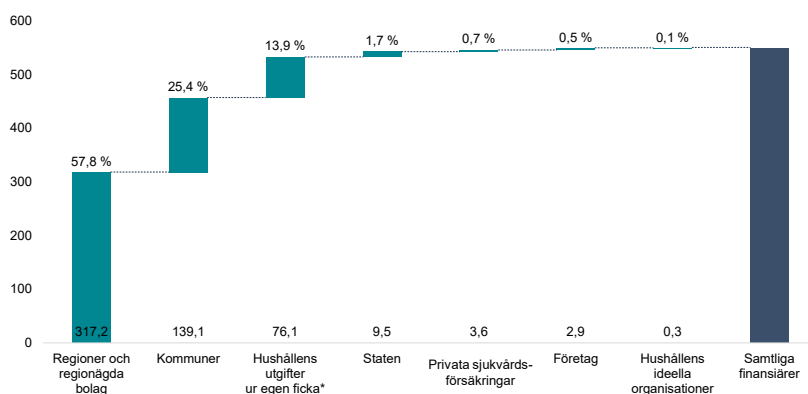
¹⁸ Prop. 1996/97:60, s. 6.

¹⁹ Prop. 2016/17:43, s. 86.

den kommunala omsorgen i denna sammanställning. Totalt uppgick utgifterna för hälso- och sjukvården år 2019, som tidigare nämnts, till cirka 549 miljarder kronor. Regionerna står för mer än hälften av finansieringen av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. Kommunerna svarar för ungefär 25 procent av finansieringen. ”Hushållens utgifter ur egen ficka” står för ungefär 14 procent av finansieringen. Det avser direkt betalning för hälso- och sjukvårdsprodukter och tjänster från hushållets primära inkomst eller sparande. Betalningen görs av patienten. Det kan t.ex. röra sig om utgifter för tandvård, läkemedel och egenavgifter. Betalning av hälso- och sjukvård genom försäkringar ingår dock inte här, då det har en egen kategori i hälso-räkenskaperna. Inte heller utgifterna som enskilda har för försäkringar omfattas, då det inte är betalning av vård, utan betalning av försäkringar. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av finansieringen. Denna summa bygger på en uppskattning av inbetalda premier, och inte på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för utförd vård.²⁰

Figur 6.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär (2019)

Belopp i miljarder kronor



*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster eller sparande.

Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.

Källa: SCB, Hälso- och sjukvårdens kostnader (2019).

²⁰ Se mer i kapitel 5.9.

6.4 Olika kategorier av drift av vård

Regionerna har som nämnts ovan en relativt stor frihet att organisera den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. De kan välja att bedriva all vård i egen regi²¹, eller lämna över utförandet av hela eller delar av vården via avtal till annan aktör. Därutöver bedrivs viss vård helt privat, utan uppdrag från regionen, där regionen således inte är huvudman. I det följande beskrivs dessa olika sätt att bedriva och finansiera hälso- och sjukvården och som utgår från hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelser om huvudman och vårdgivare. Hur vården bedrivs är inte statiskt utan kan förändras över tid beroende bl.a. på vilket behov regionen har av att lämna över utförandet till andra aktörer. I det följande kommer olika kategorier av drift av vård att beskrivas. En och samma vårdkedja kan inbegripa både offentliga och privata vårdgivare.

I *figur 6.2* beskrivs olika sätt att få vård uppdelat på betalning, utförare och avtal. De fyra första, huvudsakliga, vägarna ska endast ses som exempel, varför bilden fortsätter med gröna pilar, där den ena ger ett exempel på en ytterligare väg till vård, nämligen genom företagshälsovården, och den andra endast innehåller tre prickar (för att illustrera att den listan kan göras längre). En patient kan nämligen få vård på ett antal sätt utöver dessa, t.ex. genom olika internationella avtal och samarbeten.²²

²¹ Observera dock att primärvården måste organiseras inom ramen för ett vårdval, enligt 7 kap. 3 § HSL.

²² EU- och EES-medborgare omfattas av fri patientrörlighet enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Det finns också avtal mellan de nordiska länderna som medför att patienter från dessa länder har rätt till sjukvård på samma villkor som patienter från Sverige. Det finns också liknande avtal (konventioner) med flera andra utomeuropeiska länder. Vidare bedriver vissa sjukhus tjänsteexport.

Figur 6.2 Olika sätt att få vård – skillnader i fråga om betalning, utförare och avtal

	Hur betalas vården?	Vem utför vården?	Enligt vilket uppdrag/avtal utförs vården?
Offentligfinansierad vård – egen regi	Skatter och egenavgifter	Vårdgivare i offentlig regi	Internt uppdrag från regionen till de egna vårdgivarna
Offentligfinansierad vård – privat utförare	Skatter och egenavgifter	Privat vårdgivare	Avtal enligt LOU eller LOV eller verksamma enligt nationella taxan ¹
Privatfinansierad vård – via privat sjukvårdsförsäkring	Försäkringspremier ²	Privat vårdgivare	Avtal mellan försäkringsbolag och vårdgivare
Privatfinansierad vård – kontant	Av patienten "ur egen ficka"	Privat vårdgivare	Avtal ³ mellan patienten och vårdgivaren
Annan väg till vård – företagshälsovård	Genom arbetsgivaren (AG) på olika sätt.	Olika (privat vårdgivare; integrerad företagshälsa i offentlig eller privat sektor...)	Olika (avtal mellan AG och vårdgivare direkt eller genom försäkring, uppdrag från AG...)
...			

1) Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LÖL, samt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.

2) Försäkringspremierna betalas in till försäkringsbolagen som sen bekostar vården med hjälp av premieinbetalningarna.

3) Avtalet kan också vara formlost – dvs. att avtalet ingås i samband med vårdbesök eller bokning och betalning.

6.4.1 Regionen bedriver vård i egen regi

Regionen kan välja att bedriva hälso- och sjukvård helt i egen regi, vilket också är det vanligaste totalt sett. Regionen är i dessa situationer både huvudman och vårdgivare. Slutenvården, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, bedrivs oftast i regionernas egen regi. Det finns dock undantag, t.ex. Capio S:t Görans sjukhus och Ersta sjukhus i Stockholm, Elisabethsjukhuset i Uppsala och Lundby sjukhus i Göteborg.²³

Den vård som bedrivs i regionens egen regi är oftast organiserad som delar av regionen och är en del av den juridiska personen regio-

²³ Uppgifter från Vårdföretagarna 2021-02-16.

nen. Ibland väljer regionerna att i stället organisera sin verksamhet i av regionen helägda aktiebolag.

Regionerna har viss frihet att bestämma hur vården ska finansieras. Finansieringen kan därför skilja sig mellan de olika regionerna även om grunderna för finansieringen är densamma i alla regioner. Den hälso- och sjukvård som bedrivs i regionens regi finansieras främst genom regionskatten. Finansiering sker även via generella och specialdestinerade statsbidrag till regionen samt medel via det kommunala utjämningsystemet. Dessutom tillkommer avgifter från patienterna. Patientavgifterna utgör dock en begränsad del. I Region Stockholm exempelvis, uppgick patientavgifterna år 2019 till cirka 1,39 miljarder kronor att jämföra med anslag från Hälso- och Sjukvårdsnämnden på cirka 63,3 miljarder kronor och andra intäkter på cirka 9,7 miljarder kronor.²⁴

Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi som patienterna betalar för, helt eller delvis, själva. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starr-operation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg.²⁵ Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.²⁶

Flera regioner bedriver sjukvårdsexport och erbjuder medicinska tjänster till internationella patienter, t.ex. genom de regionalt ägda bolagen Stockholm Care AB, Uppsala Care AB och Skåne Care AB. Sådan tjänsteexport bedrivs med stöd av 5 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.²⁷ Den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Det är i huvudsak regionerna Stockholm, Uppsala, Skåne, Västra Götaland och Jämtland Härjedalen som säljer vård till utlandet.²⁸

Såvitt utredningen känner till sker det inte någon finansiering via privat sjukvårdsförsäkring av den vård som regionen bedriver i egen

²⁴ Region Stockholms årsredovisning 2019, s. 34.

²⁵ Prop. 2016/17:166, s. 16.

²⁶ Smer 2014:1, s. 59. Se även kapitel 8.2.3 för en mer utförlig redogörelse för rapporten från Smer.

²⁷ Prop. 2016/17:166, s. 17.

²⁸ SCB:s statistikdatabas (Offentlig ekonomi, Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, Verksamhetsindelad statistik för regioner, Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde).

regi, bortsett från eventuell tjänsteexport. Region Stockholm beslutade 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Av beslutet framgick att sådan verksamhet inte fick inskränka på uppdraget som vårdgivaren hade från regionen eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Vidare framgick att verksamheten bara fick utgöra en mindre del i förhållande till huvuduppdraget från regionen i enlighet med kommunallagen (2017:725). Det saknas dock uppgifter om att denna möjlighet har utnyttjats av de regionägda bolagen.²⁹

6.4.2 Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman

En region kan välja att anlita en annan region, för att på uppdrag av den förstnämnda regionen, utföra vård. Det handlar i första hand om högspecialiserad vård som inte utförs överallt i landet och annan vård som regioner av olika skäl inte själva kan erbjuda patienten.

Patienter kan också i vissa fall på eget initiativ vända sig till en annan region än sin hemregion. Då svarar den första regionen för vården, men den bekostas alltså av hemregionen, trots att hemregionen då inte gjort något aktivt val om att patienten ska nyttja vård i den förstnämnda regionen. Det gäller i första hand akut vård som utförs utanför hemregionen, och öppen vård där en patient av olika anledningar väljer att vända sig till en annan region, t.ex. för att hemregionen inte kan uppfylla vårdgarantin (se 9 kap. 1 § patientlagen [2014:821] och 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

6.4.3 Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman

Hälso- och sjukvård kan även bedrivas av privata vårdgivare helt i privat regi, dvs. utan att det finns ett avtal med regionen om att utföra vården. I dessa fall är regionen inte huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) definition. Några egentliga begränsningar för vilken vård en privat utförare kan erbjuda, med undantag för vård som inbegriper myndighetsutövning (vilket kräver stöd i

²⁹ Se t.ex. SKR (2012).

lag), finns inte.³⁰ Finansieringen av denna vård kan ske t.ex. med kontanta medel eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Finansieringen som sker med kontanta medel kan utöver att vara en ren kontant betalning för en vårdkontakt också vara betalning som sker genom en medlemsavgift/abonnemangskostnad som ger fri tillgång till den vård som vårdgivaren bedriver, eller genom avbetalning som sker via ett finansbolag.³¹

Det saknas uppgifter om hur stor del av den totala hälso- och sjukvården som finansieras privat, bortsett från uppgiften om finansiering via sjukvårdsförsäkringar. Uppgiften om finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar är en uppskattning utifrån inbetalda premier.³² Det saknas också officiella uppgifter om antalet privata vårdgivare som bedriver vård utan uppdrag av regionen.

6.4.4 Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman

Regionen uppdrar åt privat vårdgivare att bedriva vården

Regionen kan välja att anlita någon annan utförare för att på uppdrag av regionen, via avtal, bedriva hälso- och sjukvård. Regionen är då huvudman medan den som bedriver vården är vårdgivare. I vilken utsträckning regionen kan utöva inflytande på den beställda vården i egenskap av huvudman, beror på situationen och omfattningen av avtalet. En upphandling av driften av t.ex. ett sjukhus innehåller många fler parametrar jämfört med en upphandling av enstaka vårdkontakter.

Uppdragen från regionen kan överlämnas med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller så kan det vara fråga om verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeuter utför enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). De två senare lagarna är något speciella i sin konstruktion, och ett flertal avtal har tecknats under tidigare system där Försäkringskassan var avtals-

³⁰ Se 12 kap. 4 § regeringsformen, 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

³¹ Se t.ex. Barnsjukhuset Martinas medlemskap, Sturebadets hälsoabonnemang samt Capios samarbete med Wasa Kredit för möjlighet till delbetalning.

³² Se mer i kapitel 5.9 och 6.3.

tecknare, varför det inte alltid är regionen som tecknat avtal enligt dessa bestämmelser. I SOU 2020:19 *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* föreslogs att LOL och LOF ska upphävas vid utgången av 2022, men att lagen ska gälla för anslutna personer som längst till utgången av 2028. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

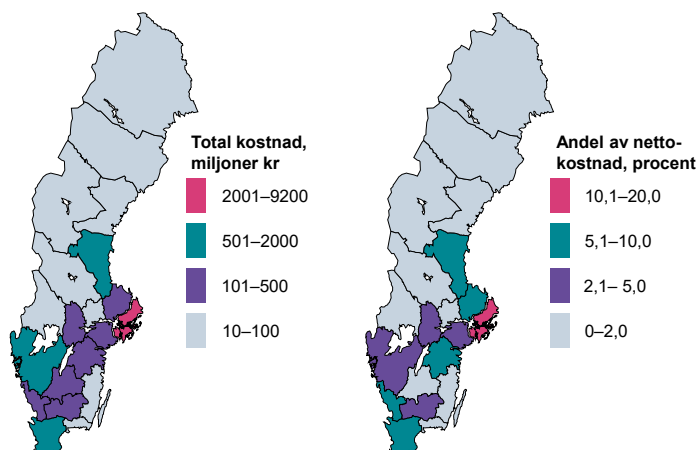
Det är regionerna som betalar för den vård som de köper av privata vårdgivare. Vid en upphandling (LOU) och inom valfrihetssystem (LOV) följer vårdgivarens ersättning av avtalen. Ersättningsmodellerna kan variera i sin utformning. Inom ett vårdvalssystem följer vidare ersättningen patientens val av utförare. Läkarvårdsersättning enligt LOL och ersättning för fysioterapi enligt LOF utges enligt nationella taxor.

Omfattningen av vård som utförs av privata vårdgivare på uppdrag av regionerna

Omfattningen av den vård som bedrivs av privata vårdgivare utifrån avtal med regionen varierar mellan regionerna. I *figur 6.3* redovisas regionernas köp av specialistvård från privata vårdgivare i två kartor. Den ena kartan visar den totala kostnaden i miljoner kronor, och den andra visar köp som andel av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård. Uppgifterna avser specialistvården eftersom det framför allt är sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar.

Figur 6.3 Köpt specialistvård från privata vårdgivare¹ per region i kronor och i andel relativt nettokostnaden² (2019)

Tal angett i miljoner kronor och procent



1) Avser specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård från privata vårdgivare och ideella föreningar och stiftelser.

2) Avser nettokostnader inklusive läkemedelskostnader för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.

Not: Gotland har exkluderats.

Källa: SCB/Statistikdatabasen (2019).

Av tabell 6.1 och 6.2 framgår att regionerna köper vård från ett antal olika typer av vårdgivare. I *tabell 6.1* anges regionernas köp av vård fördelat per motpart i miljoner kronor och i *tabell 6.2* anges regionernas köp av vård per motpart i procent av den totala vårdproduktionen. Köp från privata vårdgivare dominerar, men mycket vård köps även från andra regioner, bl.a. avseende högspecialiserad vård. Regionerna köper även vård från kommuner och kommunförbund och i mer begränsad utsträckning från utlandet.

Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen köper mer vård från privata vårdgivare jämfört med övriga regioner. I Stockholm utgör köp av vård från privata vårdgivare cirka en fjärdedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. I Skånes och Västra Götalands fall något mindre. Även mindre regioner köper vård från privata vårdgivare, och då i första hand från husläkarmottagningar som drivs i privat regi. Exempelvis genomfördes 18 procent av alla behandlingar i primärvården i Region Jämtland Härjedalen av

privata utförare.³³ Region Norrbotten köper mycket vård från andra regioner, och Västra Götalandsregionen, Region Östergötland och Region Värmland köper vård från utlandet, om än små volymer.

Tabell 6.1 Regioners köp av vård¹ per motpart (2019)

I miljoner kronor

Region	Regioner	Region- ägda bolag ²	Kommuner och kommunal- förbund	Privata företag och vård- givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1 366	10 451	152	16 569	116	1 040	2
Uppsala	536		28	1 103	52		2
Sörmland	875	211	13	1 070	12		
Östergötland	424		29	944	16	1	19
Jönköpings län	837		7	683	16	79	3
Kronoberg	537		13	431	7	1	1
Kalmar län	580		5	261	8		
Blekinge	421			221	5		
Skåne	619	592	8	4 959	107	1	2
Halland	945		102	1 118	31	1	1
Västra Götaland	605	3	65	4 345	78	171	2
Värmland	592		1	348	4	11	14
Örebro län	298		3	421	9		
Västmanland	664	111	16	733	5	2	
Dalarna	693		7	438		2	
Gävleborg	651	183	13	987	4	2	3
Västernorrland	698			402			2
Jämtland							
Härjedalen	358		11	117	1		2
Västerbotten	231		4	258	5		
Norrbotten	1 904	6	31	315	19	25	5

1) Inklusive tandvård.

2) I egen KCR.

Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

³³ Region Jämtland Härjedalen, Årsredovisning 2018.

Tabell 6.2 Regioners köp av vård¹ per motpart (2019)

Andel i procent

Region	Regioner	Region- ägda bolag ²	Kommuner och kommunal- förbund	Privata företag och vård- givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1,4 %	10,5 %	0,2 %	16,7 %	0,1 %	1,0 %	0,0 %
Uppsala	3,3 %		0,2 %	6,7 %	0,3 %		0,0 %
Sörmland	6,5 %	1,6 %	0,1 %	8 %	0,1 %		
Östergötland	2,5 %		0,2 %	5,5 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Jönköpings län	7,2 %		0,1 %	5,9 %	0,1 %	0,7 %	0,0 %
Kronoberg	7,7 %		0,1 %	6,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Kalmar län	6,6 %		0,0 %	3,0 %	0,1 %		
Blekinge	6,6 %			3,5 %	0,1 %		
Skåne	1,5 %	1,4 %	0,0 %	11,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Halland	8,2 %		0,9 %	9,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Västra Götaland	0,9 %	0,0 %	0,1 %	6,5 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %
Värmland	6,5 %		0,0 %	3,8 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Örebro län	2,4 %		0,0 %	3,4 %	0,1 %		
Västmanland	6,7 %	1,1 %	0,1 %	7,4 %	0,1 %	0,0 %	
Dalarna	6,1 %		0,0 %	3,9 %		0,0 %	
Gävleborg	6,8 %	1,9 %	0,1 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Västernorrland	7,1 %			4,1 %			0,0 %
Jämtland Härjedalen	6,9 %		0,2 %	2,2 %	0,0 %		0,0 %
Västerbotten	2,1 %		0,0 %	2,4 %	0,0 %		
Norrbotten	17 %	0,1 %	0,3 %	2,8 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %

1) Inklusive tandvård.

2) I egen KCR.

Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

6.4.5 Vårdgivare med flera uppdragsgivare

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva vård på uppdrag av en region, att enbart bedriva vård utan regionuppdrag, eller att bedriva vård på uppdrag av regioner och flera andra uppdragsgivare. En vårdgivare kan därmed bedriva vård både på uppdrag av en eller flera regioner via avtal och på uppdrag av t.ex. försäkringsbolag eller patienter. Den privata vårdgivaren kan välja att organisera vården i

en eller flera verksamheter. Det är endast den vård som bedrivs på uppdrag av en region som är offentligfinansierad, och således är det endast den vården som regionen är huvudman för, oavsett hur den privata vårdgivaren har utformat sin verksamhet.

Att lagstiftaren förutsatt att en privat vårdgivare kan ha flera uppdragsgivare, dvs. bedriva både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård, beskrivs i flera förarbeten till förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I förarbetena till den nya HSL resoneras t.ex. kring att kostnadseffektivitetsprincipen bara gäller för den delen av verksamheten som är offentligfinansierad.³⁴ I samband med upphävandet av de bestämmelser i gamla hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gällde under åren 2006–2007 och som på olika sätt begränsade möjligheterna för regionerna att överlämna driften av vård till privata vårdgivare, gjorde regeringen några uttalanden. Regeringen uttalade då att det kan finnas ett intresse hos den privata vårdgivaren att utnyttja en eventuell överkapacitet, eftersom lokaler och utrustning därmed kan användas mer kostnadseffektivt. Vidare anfördes att den privata vårdgivaren blir mindre sårbar med fler än en uppdragsgivare.³⁵

6.4.6 Avtalsförfarandet vid regionens upphandling

Upphandling enligt LOU

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, gäller för upphandling, dvs. de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt, som genomförs av en upphandlande myndighet (se 1 kap. 2 § LOU). LOU används i första hand för upphandling av specialistvård. Upphandlingen sker i konkurrens och avtalen är specifika för varje vårdgivare. Avtalen kan avse specificerad vård eller vårdrelaterade tjänster så som t.ex. laboratorietjänster och radiologi.

Majoriteten av köp av specialistvård sker genom LOU.³⁶ I Västra Götalandsregionen, exempelvis, löpte 58 olika avtal inom olika specialiteter i december 2020. Region Stockholm har löpande avtal för specialisttjänster grupperade i 20 områden med ett varierande

³⁴ Prop. 2016/17:43, s. 96. Se även uttalanden i SOU 2016:62, s. 242.

³⁵ Prop. 2006/07:52, s. 12.

³⁶ Detta stämmer dock inte i Stockholm, där vårdval i stället är den vanligaste formen.

antal avtal inom varje grupp. Några exempel på grupper är "Specialiserad kirurgi i öppenvård," (4 avtal), "Psykiatrisk specialistvård för vuxna" (15 avtal) och "Specialiserad ätstörningsvård" (3 avtal).

Den vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar avser huvudsakligen specialistvård i öppenvården.

Valfrihetssystem enligt LOV

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, gäller när en upphandlande myndighet har beslutat att tillämpa valfrihetssystem inom ett område, dvs. när en enskild har rätt att välja leverantör inom systemet (se 1 kap. 1 § LOV). LOV används huvudsakligen för köp av primärvård, där det är obligatoriskt att tillämpa LOV, men även för köp av specialistvård. Inom respektive vårdvalsområde är avtalen likalydande och vårdgivare ansöker om att få erbjuda vård enligt dessa avtal. Genom avtalen åtar sig vårdgivaren att utföra det uppdrag som anges i uppdragsbeskrivningen för det specifika uppdraget. I avtalen specificeras även ersättningsmodell och ersättningsnivåer.

Omfattningen av vårdvalssystem skiljer sig åt mellan regionerna. I Region Skåne erbjöds i december 2020 vårdval inom elva områden inklusive primärvård. I Region Stockholm erbjöds vid samma tid vårdval inom 49 områden inklusive olika typer av primärvård, primärvården närliggande områden, annan specialiserad vård, och tandvård.

Gemensamt om avtalsförfarandet för LOU och LOV

När regionerna köper vård av privata vårdgivare sker det genom ett avtalsförfarande. Hur avtalen kommer till varierar beroende på vilken lagstiftning som gäller. Inom ramen för LOU och LOV kan avtalsförfarandet beskrivas med hjälp av *figur 6.4 och 6.5*, där begreppet upphandlingsförfarande används även för avtal enligt LOV. Figurerna illustrerar båda ett upphandlingsförfarande med de olika delarna kravställning, avtalstecknande och uppföljning. Beroende på vilken typ av avtal det är och hur långt avtalet sträcker sig kan processen i vissa fall ha ett mer linjärt upplägg, medan det i andra situationer är mer relevant att tala om en cirkulär process, där de olika stegen upprepas i olika avtalsförfaranden som har koppling till var-

andra. Oaktat detta visar de två figurerna att uppföljningen är en central del i avtalsförfarandet.

Figur 6.4 Upphandlingsförfarandet som en cirkulär process



Figur 6.5 Upphandlingsförfarandet som en linjär process



Avtal enligt LOL och LOF

Regionerna kan ha s.k. samverkansavtal med specialistläkare och fysioterapeuter inom ramen för lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). Läkaren respektive fysioterapeuten har en etablering som är personligt knuten till den egna personen, men själva verksamheten bedrivs normalt i bolagsform. Samverkansavtalen är i regel inte tidsbegränsade. Avtalen kan överlåtas enligt ett särskilt förfarande som är reglerat i LOL och LOF.

Det går att vara verksam enligt LOL inom de flesta kliniska specialiteter. De generella villkoren för vårdgivarens verksamhet regleras i LOL medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Sveriges Läkarförbund och SKR med regelbundna intervall. Ersätt-

ningarna beslutas av regeringen och fastställs i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Ersättningen är grupperade i enkla, normala och särskilda arvoden, specifika för varje specialitet och kopplade till patientbesök. När den sammanlagda ersättningen under ett kalenderår når upp till en viss nivå, som varierar för varje specialitet, reduceras ersättningen i två steg. Reduktionen över tak 1 är 50 procent och över tak 2 är reduktionen 100 procent.

För närvarande är cirka 670 läkare anslutna till nationella taxan.³⁷ De flesta arbetar som småföretagare.

Motsvarande ordning som för LOL gäller för LOF. De generella villkoren regleras i LOF medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Fysioterapeuterna (Professions- och fackförbundet för fysioterapeuter och sjukgymnaster) och SKR, och regleras i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Knappt 1 400 fysioterapeuter är för närvarande anslutna till den nationella taxan.³⁸ Mycket fysioterapi erbjuds också genom vårdvalssystem.

6.5 Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen

6.5.1 Lagbestämmelser om avtal och uppföljning

Skyldigheten att ange särskilda avtalsvillkor

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), följer att det av avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Skrivningen om särskilda villkor infördes 2005 och anledningen var att det bedömdes nödvändigt att betona att regionen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören (dvs. vårdgivaren) beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning.³⁹ Det finns inte någon närmare ledning i förarbetena om vilken typ av villkor som ska ingå i avtalen.⁴⁰ Avsikten var att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd rörande avtalen men några sådana har inte tagits fram.

Regionen har således ett ansvar att genom krav och avtalsvillkor säkerställa att regionens ansvar uppfylls även då vården överlämnas

³⁷ SKR (2021).

³⁸ SKR (2021).

³⁹ Prop. 2004/05:89, s. 21.

⁴⁰ För en närmare beskrivning av olika förarbetsuttalanden, se kapitel 3.3.4.

till privata vårdgivare. Det är med andra ord inte möjligt att friskriva sig från ansvar genom att hänvisa till ofullständigt eller bristfälligt utformade avtal. För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionerna vidare, enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), KL, kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Av 10 kap. 9 § KL framgår också att regionen genom avtalet ska tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. Vidare framgår av 5 kap. 3 § KL att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare, dvs. bl.a. privata vårdgivare, och att det i programmet ska anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Regionens skyldighet att följa upp avtalen

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

Avtalsuppföljningen syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. En förutsättning för uppföljning är att kraven är tydligt reglerade i avtalen. Är kraven inte tydliga är det svårt för regionen att ta sitt ansvar för uppföljningen. Det är även viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet.

Regionens avtal med de privata vårdgivarna måste följa de principer som gäller för valfrihetssystem respektive upphandling, t.ex. proportionalitetsprincipen som innebär att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (1 kap. 2 § lagen [2008:962] om valfrihetssystem, och 4 kap. 1 § lagen [2016:1145] om offentlig upphandling, LOU). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska därför ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas. Kraven ska vidare vara både lämpliga

och nödvändiga för att uppnå syftet med upphandlingen. Det är även viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktperioden. Kraven ska också vara möjliga att följa upp.⁴¹

I förarbetena till den tidigare insynsbestämmelsen i kommunallagen anges följande.

När en kommun eller ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat entreprenör är normalt LOU tillämplig på förfarandet. Vid en upphandling bör upphandlingsdokumenten innehålla uppgifter om hur möjligheten till insyn ska regleras. När kraven på insyn ska formuleras är det viktigt att den upphandlande enheten inte ställer mer långtgående krav på leverantören än sådana som behövs och är ändamålsenliga för upphandlingen.⁴²

Avtalet mellan kommunen eller landstinget och den privata entreprenören bör innehålla närmare villkor om vilken information som ska lämnas in till huvudmannen. Vilken information som bör lämnas och hur ofta detta ska ske kan inte bestämmas generellt utan detta beror bl.a. på verksamhetens art. Det är inte ovanligt att en entreprenör bedriver annan verksamhet vid sidan av den överlämnade kommunala verksamheten. Förslaget om allmänhetens rätt till insyn omfattar dock endast den kommunala angelägenheten. De uppgifter som ska lämnas av entreprenören förutsätts inte vara av den arten att omfattande undersökningar och analyser krävs för att sammanställa och presentera dem. Uppgifterna ska finnas tillgängliga i verksamheten och sammanställningen av dessa ska normalt endast kräva en begränsad arbetsinsats.⁴³

Det finns särskilda regler om regionernas verksamhetsuppföljning m.m. för de verksamheter som omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdstersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi i dessa lagar.

6.5.2 Vägledning till regionerna från olika aktörer

I förarbetena till förslaget om att införa en bestämmelse om att det i avtalet ska anges särskilda villkor, uttalar regeringen att den förutsätter att Socialstyrelsen, till ledning för sjukvårdshuvudmännen, behandlar entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.⁴⁴ Några

⁴¹ För mer om de olika upphandlingsrättsliga principerna, se kapitel 3.7.2.

⁴² Prop. 2001/02:80, s. 105.

⁴³ Prop. 2001/02:80, s. 138.

⁴⁴ Prop. 2004/05:89, s. 21.

sådana allmänna råd har, såvitt utredningen har erfarit, inte tagits fram. Inte heller IVO har någon vägledning. Det finns dock även andra aktörer som har till uppgift att ge vägledning i fråga om upphandling av hälso- och sjukvård.

Vägledning från Sveriges kommuner och regioner

Sveriges kommuner och regioner, SKR, är en medlems- och arbetsgivarorganisation som alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar i. SKR ger stöd åt regionerna i frågor om anskaffning av hälso- och sjukvård från externa leverantörer, ur olika perspektiv, tex. utifrån lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och stöd för uppföljning av verksamhet som överlämnats till privata vårdgivare. SKR erbjuder även regionerna nätverk och utbildningar inom dessa områden. Ett stort antal skrifter har tagits fram på dessa teman. Det finns dock inte några stöddokument till regionerna som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligfinansierade patienter och patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar.

Vägledning från Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska verka för en rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling. Myndigheten ska också ge upphandlingsstöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer. Stödet ska inriktas på att bl.a. bidra till att upphandlingar hanteras strategiskt, genom metodutveckling eller på annat sätt och bidra till att upphandlingar planeras, genomförs, följs upp och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt.

Myndigheten driver Valfrihetswebben, som är den nationella annonsplats där samtliga tjänster inom LOV ska annonseras. Inom ramen för sitt uppdrag som stödmyndighet har myndigheten bl.a. tagit fram vägledningar, t.ex. om avtalsuppföljning i allmänhet.

Upphandlingsmyndigheten har en Vägledning (nr 2 2017) *Avtalsuppföljning av vård och omsorg*. Det är en praktisk vägledning som ger stöd genom hela avtalsuppföljningsprocessen för vård och omsorg. Upphandlingsmyndigheten har även en Frågeservice dit bl.a. regioner kan vända sig för att ställa frågor. Vidare tillhandahåller Upphandlingsmyndigheten stöd om vilka krav som får ställas i upphandlingar. Det finns dock inte något stöd som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligt och privatfinansierade patienter.

Upphandlingsmyndigheten har visst stöd om hur beställarnätverk⁴⁵ fungerar och hur de kan bildas och har även haft regeringsuppdrag om beställarnätverk.⁴⁶ Myndigheten följer upp den Nationella upphandlingsstrategin (NUS). I det ingår att följa upp i vilken grad uppföljning av avtal görs. Detta har gjorts genom enkätundersökningar. Sedan den 1 januari 2021 är myndigheten även statistikmyndighet på området för offentlig upphandling.

Upphandlingsmyndighetens uppdrag beskrivs i förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Vägledning från Konkurrensverket

Konkurrensverket är förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och tillsynsmyndighet för offentlig upphandling. Myndighetens uppgift är att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna och en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. På konkurrensområdet arbetar Konkurrensverket med lagtillämpning och förebyggande åtgärder för konsumenternas bästa. Myndigheten lägger särskild vikt vid kartellbekämpning, att ingripa mot privata och offentliga aktörer som missbrukar en dominerande ställning på marknaden samt mot konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet.

På upphandlingsområdet är tillsynsverksamheten prioriterad med fokus på otillåtna direktupphandlingar. Särskild vikt läggs vid

⁴⁵ I beställarnätverk kan beställare på nationell, regional och lokal nivå arbeta tillsammans med behovsanalys, marknadsdialog och aktiviteter, för att samla köpkraft, kompetens och resurser från olika parter, och på så vis möjliggöra förnyelse, utveckling och innovation inom ett specifikt område.

⁴⁶ Upphandlingsmyndigheten 2019:3.

åtgärder för att underlätta för små och medelstora företag att delta i offentliga upphandlingar. Konkurrensverket har också i uppgift att verka för en enhetlig tillämpning av de nationella upphandlingsreglerna. Konkurrensverket har tillsyn över upphandlingslagstiftningen och valfrihetssystemen.

Myndigheten har till uppgift att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet och för en effektiv offentlig upphandling. I dess arbete ingår att informera om upphandlingsreglerna för att förebygga lagöverträdelser. Konkurrensverket har skrifter med introduktion till regelverket.

Även Konkurrensverket saknar dock stöddokument eller vägledningar som särskilt tar sikte på situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.

Konkurrensverkets uppdrag beskrivs i förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Samarbete mellan regionerna

Regionerna har vissa samarbeten i olika konstellationer gällande upphandlingsfrågor. T.ex. finns via Ledningsnätverket för regionernas upphandling (LfU) ett antal kategoriråd, t.ex. ett för upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster, där flera regioner ingår. Det finns också vissa samarbeten inom de s.k. sjukvårdsregionerna för viss upphandling (som dock ofta rör annat än hälso- och sjukvård, t.ex. tredjepartslogistik och kost till inlaggande patienter).

6.5.3 Skillnader mellan avtalen

Det finns skillnader mellan avtalen beroende på med stöd av vilket regelverk som upphandlingen sker. När det gäller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, fastställs volymen ofta i upphandlingsdokumentet (tidigare benämnt förfrågningsunderlag), och regionen upphandlar därmed ett visst antal vårdkontakter, eller vård för en viss summa. Vid upphandlingar enligt LOU förekommer det också att regionen anger en uppskattad volym.⁴⁷ När det gäller lagen

⁴⁷ Notera dock att EU-domstolen den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel* har uttalat att en takvolym alltid ska anges i ramavtal, utöver uppskattad volym.

(2008:962) om valfrihetssystem, LOV, avtalas inte om någon särskild volym utan tanken är att volymen ska följa av patienternas val. I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, anges inte heller någon volym i avtalen. Ersättningen till läkaren respektive fysioterapeuten förutsätter dock som huvudregel heltidstjänstgöring, och reduceras i två steg efter en viss volym, där reduktionen i steg två är 100 procent.

Det kan även finnas skillnader mellan avtal som upphandlas enligt samma regelverk. En form av avtal som upphandlas med stöd av LOU är s.k. vårdgarantiavtal. Sådana avtal benämns även köpningsavtal. Avtalen innebär att patienten slussas vidare till en privat vårdgivare när regionen inte själv kan erbjuda vård i enlighet med vårdgarantin. I 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten om regionen inte uppfyller vårdgarantin. Vårdgarantiavtalen medför att patienten ofta kommer till den privata vårdgivaren efter att ha väntat på vård i regionens regi. Det kan dock även förekomma att regionen redan innan patienten har påbörjat väntan på vård bedömer att den inte kan ge vård inom vårdgarantin och därför slussar patienten vidare direkt till den privata vårdgivaren.

Det finns också andra typer av avtal som upphandlas med stöd av LOU, och dessa kan variera i omfattning, och röra allt ifrån en vårdgivares hela verksamhet till ett fåtal vårdkontakter. Skillnaden mot vårdgarantiavtalen är att dessa vårdgivare är en del av regionens ordinarie utbud, på så vis att en patient och en remitterande läkare kan vända sig direkt till vårdgivaren.

Även i vårdvalssystem inrättade enligt LOV kan patienten vända sig direkt till den vårdgivare hen vill vända sig till, och remitterande läkare kan också vända sig direkt till en viss vårdgivare.

En och samma vårdgivare kan ha flera olika avtal med olika regioner och för olika vårdområden som löper parallellt, och kan således samtidigt ha ett vårdgarantiavtal, ett annat typ av LOU-avtal och vara del i ett vårdvalssystem.

I *tabell 6.3* illustreras vissa skillnader mellan LOU och LOV.

Tabell 6.3 Jämförelse mellan LOU och LOV

	Avtal enligt LOU	Avtal enligt LOV
Förekomst	Enligt beslut i varje region – i första hand specialistvård	Obligatoriskt i primärvården – Förekommer i vissa fall i specialistvård
Anbud	Lämnas under en särskild tid	Kan lämnas löpande
Avtalslängd	Tidsbegränsat	Sällan tidsbegränsat ¹
Avtalsvillkor	Små möjligheter att ändra i upphandlingsdokument eller avtal under avtalsperioden	Möjligt att ändra i förfrågningsunderlag och avtal
Utvärdering	Anbudsutvärdering – den eller de aktörer som vinner upphandlingen	Ingen anbudsutvärdering – alla aktörer som uppfyller kraven får ingå avtal
Patientflöde	Regionen styr patientflöde och ersättningsmodell	Patienten väljer vårdgivare – ersättning följer patienten

1) Notera dock att avtal enligt LOV måste konkurrensetsättas med jämna mellanrum, se vidare i prop. 2008/09:29 s. 76.

6.5.4 Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen

Det kan finnas såväl praktiska som rättsliga svårigheter för regionerna att formulera avtalen med de privata vårdgivarna och sedan följa upp avtalen. Dessa svårigheter har beskrivits i flera propositioner och av statliga utredningar.⁴⁸ Utredningen beskriver översiktligt dessa utmaningar.

I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen. I flera propositioner och statliga utredningar beskrivs svårigheter för regionerna att, till följd av bestämmelserna om tystnadsplikt, kunna inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att följa upp verksamheten.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) gjorde bedömningen att det finns en tystnadspliktsgräns mellan privata utförare och den offentliga huvudmannen, och att det finns behov av bestämmelser som möjliggör att uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i vissa fall kan lämnas till den offentliga huvudmannen.⁴⁹

⁴⁸ Se t.ex. SOU 2014:23, prop. 2016/17:166, SOU 2017:38 och Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

⁴⁹ SOU 2014:23, s. 317 ff.

I propositionen från år 2016 om förslaget om att reglera vad som ska gälla för privata sjukvårdsförsäkringar uttalade regeringen följande:

Relativt många remissinstanser, både sådana som är positiva och de som är negativa till förslaget som helhet, påtalar svårigheter för regionerna att följa upp och kontrollera om privata vårdgivare följer människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna, bl.a. till följd av bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Enligt vad regeringen erfarit finns det allmänt en osäkerhet i fråga om kommuners och landstings möjligheter att inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att granska den privata utförarens verksamhet.⁵⁰

Regeringen anförde vidare att formerna för uppföljningen skulle kunna utvecklas. Regeringen föreslog att det i ett uppdrag till Socialstyrelsen borde ingå ett utvecklingsarbete för att stödja regionerna i att bättre kunna följa att ovan nämnda principer uppfylls.⁵¹ Lagrådet avstyrkte dock regeringens förslag (bl.a. mot bakgrund av de stora rättsliga och praktiska svårigheterna med uppföljningen)⁵² och riksdagen avlog propositionen, vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.⁵³

Välfärdsutredningen uttalade år 2017 att det finns en tystnadspliktsgräns kring privata utförare, i fråga om uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, även i förhållande till den region som har huvudmannaansvaret för den hälso- och sjukvård som utförs.⁵⁴ För att regioner ska kunna fullgöra det ansvar de i egenskap av huvudmän har för hälso- och sjukvården kan det i vissa fall vara nödvändigt att ta del av identifierbara personuppgifter. Bestämmelserna om tystnadsplikt för privata utförare medför dock att detta i många fall inte är möjligt. Välfärdsutredningen föreslog därför att det införs en sekretessbrytande bestämmelse för att underlätta regioners möjlighet till uppföljning av välfärdsverksamhet som bedrivs av privata utförare på regionens uppdrag. Uppgiftsskyldigheten som föreslogs skulle gälla privata vårdgivare i förhållande till den region (huvudman) som enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvaret för att erbjuda den aktuella hälso- och sjukvården. En sådan privat vårdgivare skulle enligt förslaget lämna ut de personuppgifter

⁵⁰ Prop. 2016/17:166, s. 28.

⁵¹ Prop. 2016/17:166, s. 28.

⁵² Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.

⁵³ Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.

⁵⁴ SOU 2017:37, s. 144.

som huvudmannen behöver för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, för administration, planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten, eller för att framställa statistik.⁵⁵ Utredningens förslag ledde inte till några ändringar avseende tystnadsplikten.

Vård- och omsorgsanalys slutsats i regeringsrapporten från år 2020 är att regionerna sammantaget tycker sig veta väldigt lite om den privatfinansierade vården, men också om de enskilda vårdgivare som de har avtal med. I många fall känner inte regionen till i vilken utsträckning vårdgivaren också har andra avtal, och de anser att de inte kan följa upp eller analysera på vilket sätt det i så fall påverkar patienterna med offentlig finansiering. Det bidrar till okunskapen om och svårigheterna att följa upp vården som ges genom privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys rekommenderar därför huvudmännen att se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med, i syfte att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. I det arbetet bör det bl.a. ses över hur den upphandlingsrättsliga proportionalitetsprincipen kan tolkas och tillämpas. Möjligheterna till regional medicinsk revision även för privatfinansierade patienter bör belysas. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Myndigheten bedömer också att om regionerna önskar stöd i arbetet bör regeringen överväga att bistå dem, förslagsvis genom en lämplig myndighet.⁵⁶

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnade i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. Förslaget innebär ökade möjligheterna att dela uppgifter mellan regionen och vårdgivare och ger regioner möjlighet att följa upp den offentligfinansierade vården.⁵⁷

Upphandlingsmyndigheten har i en skrivelse till Finansdepartementet påtalat att införandet av dataskyddsförordningen har lett till många frågor både från köparens och säljarens sida om hur person-

⁵⁵ SOU 2017:37.

⁵⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 89 ff.

⁵⁷ SOU 2021:4, s. 33 ff. samt huvudsakligen kapitel 14.

uppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av kontrakt som har upphandlats i enlighet med upphandlingslagstiftningen och som innehåller sociala åtaganden för leverantören.⁵⁸ Upphandlingsmyndigheten konstaterar att det föreligger betydande osäkerhet om det finns rättsligt stöd för behandling av känsliga personuppgifter i samband med uppföljningen av kontrakt som innehåller sociala åtaganden för leverantörer. Upphandlingsmyndigheten föreslår därför att regeringen ser över regelverken.

6.6 Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning

6.6.1 Beskrivning av undersökningen

Utredningen har undersökt avtal och avtalsuppföljning vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Undersökningen är gjord för att få en ökad förståelse för regionernas köp av vård av privata vårdgivare, dvs. när privata vårdgivare bedriver vård på uppdrag av regionerna. Undersökningen har syftat till att få en övergripande bild av hur vårdgivares organisation ser ut och hur avtalen styr hur uppdraget genomförs och organiseras. Utredningen har även undersökt om, och i så fall vilka, avtalsvillkor som ställs rörande vårdgivarens övriga uppdrag samt hur sådana villkor i sådana fall följs upp. Utredningen har vidare utrett vilka eventuella utmaningar och svårigheter regionerna och vårdgivarna upplever med avtalsskrivandet och uppföljningen. Undersökningen har också syftat till att förstå hur de privata vårdgivarna ser på samarbetet med regionerna.

Utredningen bjöd in alla regioner till möten. 15 regioner deltog på ett eller flera möten. Regionmötena följdes upp med en enkät utskickad till upphandlingsansvariga i samtliga regioner. Utredningen har även haft möten och kontakter med sex olika privata vårdgivare och med Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi. I dessa kontakter har bl.a. vissa avtalsskrivningar diskuterats. Utredningen har därutöver granskat ett antal olika avtal mellan regioner och privata vårdgivare.

⁵⁸ Upphandlingsmyndigheten, UHM-2019-0284.

Undersökningen ska inte betraktas som heltäckande. I det följande beskrivs de viktigaste slutsatser som har framkommit i undersökningen.

De privata vårdgivarnas organisation skiljer sig åt

Av utredningens undersökning framgår att de privata vårdgivarnas organisationer skiljer sig åt. Det kan finnas skillnader som rör den juridiska personen, t.ex. vilken organisationsform som används och antalet juridiska personer, dvs. om verksamheten bedrivs i en koncernstruktur med olika dotterbolag. Aktiebolagsformen dominerar men verksamhet kan också drivas i stiftelseform, handelsbolag m.m. Det kan också finnas skillnader som rör själva verksamheten, t.ex. hur lokal och personal nyttjas för olika uppdrag.

En förenklad skiss på fyra huvudtyper av hur privata vårdgivare är organiserade framgår nedan i *figur 6.6*.

En privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan välja att bedriva verksamheten inom ramen för samma juridiska person (se de vänstra rutorna i *figur 6.6* nedan). Vårdgivaren kan också välja att skapa flera bolag med olika juridiska personer men med gemensamt ägarförhållande (se de högra rutorna i *figur 6.6*).

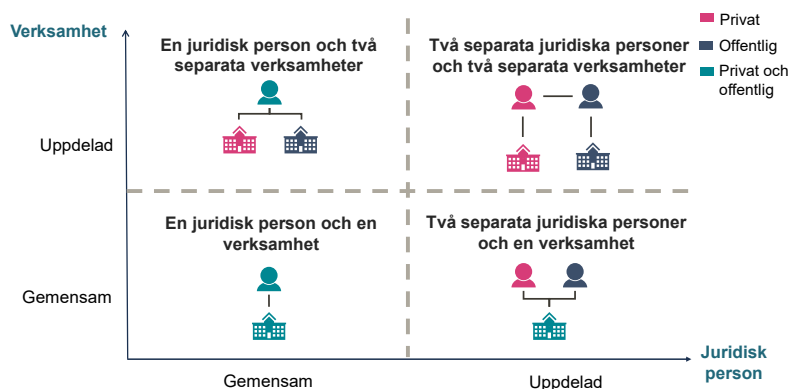
Vad gäller verksamheten kan den bedrivas fysiskt på samma plats och med samma personal även när det finns flera olika uppdragsgivare (se de nedre rutorna i *figur 6.6* nedan). Ett sådant sätt att organisera verksamheten benämns ibland som "blandform" men utredningen undviker att använda det begreppet eftersom det kan leda till missuppfattningar om vad som avses.⁵⁹ Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.⁶⁰ En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården går att skilja från den vård som utförs med finansiering från det offentliga.

Verksamheten kan också bedrivas uppdelat i olika lokaler där personalen endast arbetar i förutbestämda delar av verksamheten (se de övre rutorna i *figur 6.6*).

⁵⁹ Se kapitel 2.5 om begrepp.

⁶⁰ Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24.

Figur 6.6 Privata vårdgivares organisation kan se olika ut



I utredningens kontakter med vårdgivare har framkommit exempel på flera olika lösningar enligt ovan.

En företrädare för vårdgivarkoncernen Aleris som utredningen varit i kontakt med har t.ex. uppgett att de organiserar vissa av sina vårdgivare enligt rutan högst upp till höger i bilden ovan, det vill säga att det är separata juridiska personer och separata lokaler och andra resurser, men att de också har flera vårdgivare där de kombinerar användandet av lokaler och resurser med offentligfinansierad vård, alltså enligt den nedre vänstra rutan.

En företrädare från en annan vårdgivarkoncern, GHP, som utredningen haft kontakt med har uppgett att de bedriver merparten av sina kliniker enligt den nedre vänstra rutan i bilden, där vårdgivarna tar emot både offentligt och privat finansierade patienter inom ramen för samma verksamhet (samma lokal, samma personal etc.).

Ett annat exempel som kan nämnas är Sophiahemmet AB, som dels är vårdgivare (genom sina egna verksamheter), dels är en hyresvärd för flera andra vårdgivare. Dessa vårdgivare är egna bolag, och således helt egna vårdgivare (med lite olika struktur), men delar infrastruktursystem med Sophiahemmets vårdgivare och har lokaler i samma område.

Sophiahemmets egna vårdgivare är uppdelade i tre olika mottagningar, en husläkarmottagning inom ramen för vårdvalet i Region Stockholm, en försäkringsmottagning, och en privatmottagning (för kontant betalande patienter). Dessa verksamheter bedrivs inom den

juridiska personen Sophiahemmet AB, men med separata verksamheter, och är därför att hänföra till den övre, vänstra rutan i figur 6.6.

En annan vårdgivare är Capio Sverige AB som är en stor vårdkoncern och har över 50 bolag. Verksamheten finns i hela Sverige men även utomlands (exempelvis Norge och Danmark). Capio är i sin tur en del av Ramsay Santé SA, en europeisk koncern med verksamhet i fem olika länder. Capios dotterbolag utgörs bl.a. av Capio S:t Görans sjukhus AB, Capio Närsjukvård AB, Capio Primärvård AB, Capio Lundby Sjukhus AB m.m. Dotterbolagen har olika inriktning, är lokaliserade på olika ställen i landet och varierar i storlek. Capio S:t Göran har exempelvis knappt 2 000 anställda medan andra bolag i koncernen har mellan 20–50 anställda. Capio S:t Göran AB är ett exempel på en verksamhet som enligt avtalet med Region Stockholm endast ska ta emot patienter med offentlig finansiering. Bolaget ingår dock i en koncernstruktur där andra bolag i koncernen tar emot patienter med privat finansiering. Enligt en företrädare för Capio som utredningen haft kontakt med har de nästan uteslutande valt att ha verksamheten under ett och samma tak oavsett finansieringsform, dvs. enligt den nedre vänstra rutan i figur 6.6.

Avtalen styr hur uppdragen genomförs

Som framgår ovan kan vårdgivaren välja hur den vill organisera verksamheten. Hur vårdgivaren kan utföra uppdragen och därmed organisera sig styrs dock till stor del av hur avtalen är utformade och vilket regelverk som styr. För det fall det gäller ett vårdval enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, kan en offentligfinansierad patient vända sig direkt till vårdgivaren efter att en eventuell remiss har utfärdats.⁶¹ På delvis liknande sätt fungerar det med vårdgivare som verkar inom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, om vårdgivaren är en del av regionens ordinarie vårdutbud.⁶² Är det i stället fråga om ett s.k. vårdgarantiavtal eller kökaptionsavtal fungerar det, utifrån de avtal som utredningen har studerat, på ett annat sätt. En patient kan då inte vända sig direkt till en särskild

⁶¹ Många gånger kan en patient vända sig direkt till vårdgivaren genom en s.k. egenremiss, och inom vissa områden finns inte något remisskrav.

⁶² Huruvida patienten kan välja vårdgivare eller inte beror på hur många vårdgivare som utför den aktuella insatsen och hur avtalen med regionen ser ut, varför detta kan skilja sig åt mellan regionerna, men patienten kan remitteras eller vända sig direkt till aktuell vårdgivare.

vårdgivare, utan remissen utfärdas till regionen, i dess egenskap av vårdgivare, och det är först om regionen bedömer att den inte hinner ge vård inom vårdgarantin som remissen sänds vidare till en annan vårdgivare.

Vad som gäller i det enskilda fallet beror på vilka avtal regionen har med aktuell vårdgivare och vilka regler som i övrigt gäller kring t.ex. remiss. Det kan också vara olika system parallellt hos en och samma vårdgivare, exempelvis kan vårdgivaren ha avtal med flera regioner.

Förekomsten av olika typer av avtal

Av den enkät som har skickats ut till samtliga regioner framkommer att cirka hälften av avtalen mellan regioner och vårdgivare är tecknade enligt LOV och hälften enligt LOU. Det rör sig om cirka 500 avtal vardera. Det är emellertid stora variationer mellan regionerna när det gäller vilken avtalsform som är vanligast och hur många avtal regionerna har.

I Stockholm är vårdval vanligt förekommande inom specialistvården, men det förekommer även i några andra regioner i viss omfattning, t.ex. Uppsala och Halland.⁶³ År 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården och 65 valfrihetssystem inom öppen specialiserad vård och delar av slutenvården. Region Stockholm har störst antal valfrihetssystem, 39 införda vårdval, Region Uppsala och Region Skåne har vardera 11 vårdval. Fem regioner; Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten har enbart infört valfrihetssystem inom det obligatoriska området primärvård.⁶⁴

Tillgänglighetsdelegationen har gjort en sammanställning av gällande vårdavtal i regionerna. Resultatet av den sammanställningen visar betydande variationer mellan regionerna när det gäller avtalsformer och vårdområden. Något entydigt mönster framträder inte. Vårdvalssystem enligt LOV tillämpas, utöver för primärvård som är obligatoriskt, exempelvis för ögonsjukvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, fysioterapi och medicinsk fotvård. LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna har ingått avtal med

⁶³ Uppgift från utsänd regionenkät.

⁶⁴ SOU 2021:59, s. 144.

privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Digitala vårdtjänster som distansgranskning av radiologiska undersökningar och telepsykiatri är andra exempel där privata vårdgivare har upphandlats. LOU-upphandlingar är även vanligt förekommande för neuropsykiatriska undersökningar.⁶⁵

Avtalsvillkor om påverkan i vårdvalsavtal

När ett vårdval gäller inom ett visst vårdområde kommer alla vårdgivare som ansöker om att få delta i vårdvalet att få göra det, under förutsättning att de uppfyller alla ställda villkor. Eftersom patientens val av utförare styr hur många patienter som vänder sig till en viss vårdgivare kan det inte avtalas om någon särskild volym, och volymen kan förändras över tid.

Utifrån de kontakter utredningen haft med regionföreträdare framkommer att det är vanligare i avtal enligt LOV än vad det är i avtal enligt LOU att ställa krav på huruvida vårdgivaren får bedriva annan verksamhet, och att reglera att den verksamheten inte får ha negativ inverkan på åtagandet enligt avtalet. Som exempel kan nämnas ett vårdvalsavtal inom gynekologi i öppenvård i Region Uppsala där följande anges under rubriken *3.24 Vårdgivarens rätt att bedriva annan verksamhet*:

Vårdgivaren ska följa lag om valfrihetssystem avseende rätten att bedriva annan verksamhet. Sådan verksamhet får dock aldrig inverka negativt på kvaliteten på vårdgivarens utförande av detta åtagande. Verksamhet som vårdgivaren bedriver utöver detta åtagande ska redovisningsmässigt hållas tydligt avskild från verksamheten i detta avseende.⁶⁶

Avtalsvillkor om påverkan i vårdgarantiavtal

När vårdgarantiavtal (även benämnt kökaptionsavtal) tecknas upphandlas som huvudregel en viss volym, även om det också förekommer taklösa varianter.⁶⁷ Som exempel på hur det fungerar med vårdgarantiavtal kan avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP

⁶⁵ SOU 2021:59, s. 150.

⁶⁶ Avtal gällande Gynekologi i öppenvård mellan Region Uppsala och Gyn Carsten AB, dnr UPPH 2013-0045, SHS2018-0059, datum 2019-03-15.

⁶⁷ Uppgift från regionintervjuerna från bl.a. Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Ortho Center i Göteborg⁶⁸ nämnas. Det avtalet gäller kökapning för ortopedi. Parterna har avtalat om ett specifikt antal bedömningsbesök, där en andel av dessa bedöms leda till operationer eller behandlingar. Det framgår specifikt av avtalet att avseende patienter som regionen skickar till vårdgivaren har primärvårdens handläggning av patienten bedömts som avklarad. Vårdgivaren kan därmed inte återropa ytterligare bedömning inom primärvården. Avrop från avtalet sker från regionens sida på det sätt regionen önskar. Enligt avtalet ska vårdgivaren erbjuda bedömningsbesök inom 30 dagar och operation eller behandling inom 60 dagar, från det att beslut har fattats om operation eller behandling.

Av vad utredningen har erfarit är det ofta som patienterna har väntat på behandlingsbesök eller operation under relativt lång tid, efter det att primärvårdens handläggning är avklarad. Avrop sker således först när regionen bedömer att den inte kommer kunna erbjuda vård i egen regi inom den väntetidsgaranti som gäller, och ibland redan när den har passerats.

I fråga om privatfinansierade patienter har vårdgivaren en större frihet att besluta om ytterligare utredning om sådan skulle behövas. Det beror på att vårdgivaren blir ansvarig för patienten i ett tidigare skede än enligt avtalet med regionen. Tidpunkten för ansvaret påverkar också hur stort inflytande vårdgivaren har på det totala antalet dagar som en patient väntar på vård. När det gäller privatfinansierade patienter (försäkring eller egen betalning) kan vårdgivaren styra över det totala antalet dagar patienten väntar.

I fråga om privata vårdgivare som har vårdgarantiavtal med regioner framgår utifrån de kontakter utredningen haft med regioner och privata vårdgivare, att alla patienter behandlas på samma sätt och av samma personal utom i de fall där särskilda regler för karens eller bisyssla gäller, se nedan. Vården faktureras sedan till olika aktörer. Det kan därför uppfattas som att verksamheterna är sammanblandade, på så vis att det inte görs någon åtskillnad i lokal som nyttjas, eller vilken personal som behandlar vilken patient. I faktureringsstadiet behöver dock vårdgivaren veta vem som ska bli fakturamottagare. Det kan också finnas krav på att olika journalsystem används.

⁶⁸ Avtal HS201800290-02 mellan Västra Götalandsregionen genom Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och GHP Ortho Center Göteborg, datum 2018-06-12.

Avtalsvillkor om bisysslor och karens

Av utredningens undersökning framgår att vissa avtal innehåller villkor som rör personalen och då i fråga om bisysslor och karens. Bl.a. framgår av avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP Ortho Center att personal som är anställd hos regionen, men också hos vårdgivaren och har det senare som en godkänd bisyssla, inte får behandla patienter som är folkbokförda i regionen. Sådan personal får därmed endast behandla patienter vars vård någon annan än Västra Götalandsregionen finansierar, dvs. någon annan region eller privat finansiering av något slag. I ett fall som detta behöver vårdgivaren ha kontroll över vilken läkare som behandlar offentligfinansierade patienter. Vid eventuell hög patientinströmning eller läkarfrånvaro kan väntetiderna hos den privata vårdgivaren påverkas, beroende på vilka läkare som arbetar. På samma sätt kan det fungera om karenskrav gäller som hindrar personal att behandla patienter från den region där man tidigare varit anställd.

Medicinska prioriteringar av patienter hos vårdgivare som har flera uppdragsgivare

De privata vårdgivare som har flera avtal inom ramen för samma verksamhet, så att de t.ex. tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inom ramen för samma verksamhet, behöver både göra en medicinsk prioritering av patienterna och förhålla sig till olika avtalade tidsgränser.⁶⁹ I avtalen med regionerna anges att olika åtgärder ska ske senast inom den lagreglerade väntetidsgarantin, eller i förekommande fall enligt den kortare väntetidsgaranti som regionen tillämpar. Det rör sig oftast om mellan 30–90 dagar. I avtalen med försäkringsbolagen är det andra tidsgränser som gäller; ofta ska ett besök ske inom 3–7 dagar, och en operation inom 14–21 dagar.

⁶⁹ Detta blir inte i samma utsträckning aktuellt för de vårdgivare som endast tar emot patienter från samma uppdragsgivare, t.ex. en region, och således bara har ett avtal som styr verksamheten. Även om dessa vårdgivare självklart också behöver prioritera mellan patienterna, och skillnader i väntetider kommer att uppstå, är det inte olika avtalade tidsgränser att förhålla sig till om vårdgivaren endast har en uppdragsgivare. För det fall en vårdgivare har avtal med två regioner, som tillämpar olika väntetidsgarantier, kan dock samma fråga aktualiseras. De diskussioner som utredningen haft med privata vårdgivare i denna del har dock huvudsakligen fokuserat på offentligfinansierade respektive privatfinansierade patienter.

I kontakter med vårdgivare har de uppgett att de behandlar samtliga patienter, dvs. oavsett om det är fråga om offentligfinansierade eller privatfinansierade patienter, på samma sätt vad gäller den medicinska prioriteringen. Vissa undantag finns dock. Som nämnts ovan medför de bestämmelser som finns om bisyssla och karens i några avtal att viss personal som omfattas av dessa regler inte får behandla alla patienter. Det kan också i avtalen finnas begränsningar kring vad den privata vårdgivaren får besluta om i fråga om ytterligare medicinsk utredning av de offentligfinansierade patienterna. I övrigt uppger vårdgivarna att det inte görs någon åtskillnad mellan patienterna beroende på finansieringsform eller andra faktorer. Det har också uttryckts från något håll att den behandlande läkaren inte ens vet om patienten är offentligfinansierad eller privatfinansierad, om denne inte aktivt tar reda på det (t.ex. genom att titta i bokningssystemen).

De privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har alla uppgett att de vid planeringen i ett första skede gör en medicinsk behovsbedömning av samtliga patienter, i enlighet med 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Tidsbokning sker först därefter med beaktande av de olika avtalade tidsgränserna. Vidare har de uppgett att de har utrymme för att prioritera om för det fall det skulle behövas, t.ex. för att en patient blir försämrad i sitt tillstånd och därmed har ett större medicinskt behov av vård.

Vårdgivarna har beskrivit för utredningen att det i många fall rör sig om likartade besvär, och således likartade behov, som ska behandlas hos samma vårdgivare. T.ex. har många patienter som är i behov av en knäoperation ungefär samma behov av en sådan operation. Den faktiska behovsbedömningen kan därför i praktiken komma att bli väldigt likartad för flera patienter.

Utredningen har inte haft möjlighet att granska detta ytterligare och har t.ex. inte tagit del av beslutsstöd eller andra dokument som beskriver hur den medicinska bedömningen går till. Inte heller har utredningen haft möjlighet, eller rättsligt stöd, för att kunna ta del av t.ex. journaler för att göra en medicinsk granskning.

Information från IVO:s vårdgivarregister

Det framgår av lag att en vårdgivare behöver vara anmäld till IVO:s vårdgivarregister för att påbörja eller förändra en verksamhet.⁷⁰ Ansvaret för anmälan ligger på den privata vårdgivaren, men regionerna har i egenskap av huvudmän också ett ansvar att säkerställa att deras avtalsparter uppfyller de lagstadgade skyldigheterna. Utredningen har i den enkät som har skickats ut till samtliga regioner frågat om regionerna begär in utdrag från IVO i samband med upphandling för att säkerställa att vårdgivaren är anmäld till vårdgivarregistret. Ungefär hälften av regionerna begär in sådana utdrag. Någon region har också anfört att den kontrollerar om det finns något tillsynsärende eller någon anmälan på personalen. Flera regioner har därmed svarat att de inte inhämtar några uppgifter från IVO, även om vissa av dessa uppgett att de skriver i upphandlingsdokumenten att anmälan krävs, men att de inte kontrollerar att så skett.

6.6.2 Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven

Utmaningar med att ställa krav om flera uppdragsgivare

Av utredningens undersökning har framkommit att de flesta regioner har avtal med privata vårdgivare som i sin tur har avtal med andra uppdragsgivare. Ett fåtal regioner kunde inte svara på frågan då de inte har tillgång till den uppgiften, och någon enstaka region svarade nej. Ungefär hälften av regionerna ser ett behov av att ha information om vårdgivaren har avtal med andra uppdragsgivare som löper parallellt, och hälften ser inte ett sådant behov.

Trots att flera regioner ser ett behov av att veta om det finns andra uppdragsgivare har ingen region svarat att de begär in den informationen regelmässigt för alla avtalsparter. En region har dock uppgett att den gör det regelbundet när det gäller avtal enligt LOV och en annan region gör det när det gäller avtal enligt LOL och LOF, men alltså inte för avtal enligt LOU.

I kontakten med regionerna har några uppgett att de inte frågar om information om andra uppdragsgivare för att de befarar att det kan påverka intresset av att delta i regionens upphandling. Andra har

⁷⁰ Se 2 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

tagit upp gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet. Regionerna har då uppfattat att de saknar möjlighet att fråga om respektive ställa krav på sådant som har en koppling till vårdgivarens övriga uppdrag. Det beskrivs som juridiskt oklart vilken information regionerna får begära in. Flera regioner ställer därför inte krav i relation till den privata vårdgivarens andra uppdrag, t.ex. i fråga om hur de olika uppdragen får påverka varandra.

Att gränsen kring upphandlingsföremålet upplevs som otydlig beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i regeringsrapporten från 2020. Myndigheten beskriver att de regioner som myndigheten haft kontakt med har uppgett att proportionalitetsprincipen i LOU och LOV hindrar dem från att kräva insyn i den del av vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering för att på så vis följa upp den offentligfinansierade delen. Vård- och omsorgsanalys skriver att regionerna bör se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.⁷¹

Utmaningar med uppföljningen

Av utredningens undersökning har framkommit att flera regioner ser utmaningar med uppföljningen av sina avtal. De regioner som anser sig ha minst svårigheter med uppföljningen är, förenklat beskrivet, de regioner med minst antal avtal. De regioner som har många avtal har ganska samstämmigt beskrivit en resursbrist avseende sådan uppföljning som inte sker på förekommen anledning (t.ex. för att brister av något slag har uppmärksamrats). Flera regioner har uttryckt en viss skepsis till uppföljning som använder sig av jämförelser mellan vårdgivares olika uppdrag, t.ex. i fråga om det skiljer sig markant avseende väntetider mellan regionens patienter och patienter som får sin vård finansierad från annat håll (kontant, försäkring, annan region etc.). Det har uttryckts som att regionen inte kan bli en kontrollmyndighet på regional nivå.

Vissa regioner har vidare beskrivit en dikotomi mellan å ena sidan ansvaret som huvudman och å andra sidan ett partnerbaserat samarbete. Detta har uttryckts som att man strävar efter ett samarbete och dialog där arbetet ska vara tillitsbaserat, och det kan då vara svårt att gå in med skarpa uppföljningar.

⁷¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 11 och 77.

Utredningen har också i undersökningen tagit upp de förändrade bestämmelserna i kommunallagen (nuvarande 10 kap. 8–9 §§) som reglerar uppföljning och insyn, med exempel på faktorer som nämns i förarbetena⁷². Flera regioner uttryckte att dessa faktorer till viss del var nyheter för dem, och att de inte har tänkt på vissa av faktorerna som en del i uppföljningen eller för att garantera insyn.

6.6.3 Slutsatser av undersökningen

Utifrån den undersökning som utredningen har gjort och i kontakter med både företrädare för regionerna och för de privata vårdgivarna framgår det att flera regioner inte brukar ställa detaljerade krav, varken på vad som ska efterlevas eller vad som ska följas upp, för att säkerställa att den privata vårdgivaren följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och andra regler vad gäller de offentligfinansierade patienterna i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen har endast kunnat identifiera några få uttryckliga skrivningar som rör påverkan på det som regionen upphandlat från andra uppdrag.

Utredningens uppfattning är att många regioner upplever det som oklart vilka krav de ska, får och bör ställa gentemot de privata vårdgivarna för att säkerställa en god och patientsäker vård i fråga om de offentligfinansierade patienterna. Regionerna upplever också i många fall att de saknar resurser att göra denna bedömning. Det saknas tillräckligt med vägledning i form av stöddokument och mallar. Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte heller några standardmallar eller annan vägledning som regionerna kan använda för just dessa situationer. Det finns också rättsliga begränsningar i form av en tystnadspliktsgräns mellan de privata vårdgivarna och regionerna samt upphandlingsrättsliga principer rörande det s.k. upphandlingsföremålet. Det finns således både rättsliga och praktiska svårigheter med kravställning och uppföljning av avtal från regionens håll i samband med att den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

⁷² Prop. 2013/14:118, s. 94 f.

6.7 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har ansvaret för hälso- och sjukvården och finansieringen av densamma beskrivits. Regionens ansvar i egenskap av huvudman har vidare belysts. Olika kategorier för drift av vård, dvs. offentlig respektive privat drift i relation till offentlig respektive privat finansiering har beskrivits. Regioners och privata vårdgivares roller i egenskap av avtalsparter med varandra har belysts, bl.a. genom en diskussion kring vilket ansvar regionen har för vård som lämnas över till annan att utföra, avseende såväl avtalsskrivning som uppföljning.

Utredningens undersökning, bestående bl.a. av intervju-sessioner med företrädare för regioner och privata vårdgivare, samt en enkät till upphandlingsansvariga personer inom regionerna har vidare redogjorts för.

Som framgår i kapitlet är regionen huvudman för all offentlig-finansierad vård, oavsett om den bedrivs av regionen, i egenskap av vårdgivare, eller av en privat vårdgivare. Den privata vårdgivaren som bedriver vård på regionens uppdrag kan samtidigt ha andra uppdragsgivare, t.ex. försäkringsbolag. I sådana situationer är det alltså endast den vård som regionen lämnat över till den privata vårdgivaren som är offentligfinansierad och som regionen alltså är huvudman för.

Det varierar över landet hur mycket vård som regionerna har lämnat över till privata vårdgivare, samt om detta skett med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. I Region Stockholm t.ex. är nästan all specialiserad öppenvård organiserad inom ramen för vårdval. Regionens köp från privata vårdgivare uppgår till cirka 17 procent av all producerad vård. I de flesta andra regioner är upphandling enligt LOU vanligast. Flera regioner köper mindre än 2 procent av den totala producerade specialistvården av privata vårdgivare.

I egenskap av huvudman har regionen ett långtgående ansvar för att kontrollera och följa upp verksamheten som bedrivs på deras uppdrag. Detta ansvar tas framför allt genom formuleringen av upphandlingsdokument och uppföljningen av avtalen. Kraven som ställs i avtalen behöver vara relevanta och proportionerliga, men också garantera regionen tillräcklig insyn och kontrollmöjlighet. Kraven behöver också vara möjliga att följa upp och vara kopplade till sanktioner.

Hur regionerna utövar sitt ansvar som huvudmän varierar mellan regionerna. Vilka krav som ställs och vilken information som efterfrågas varierar, och det skiljer sig också åt hur man jobbar med uppföljning. En del av förklaringarna som har framförts avseende utmaningarna med detta handlar om resursbrist, kunskapsbrist om bl.a. hur långt huvudmannskapet sträcker sig och frågor om tystnadsplikt samt en önskan om att arbeta mer med samarbete än kontroll – ofta kopplat till en farhåga att leverantörer annars inte vill delta i regionens upphandling.

Sammanfattningsvis finns det därmed flera utmaningar för regionerna i egenskap av huvudmän för vården. Vilka utmaningarna är varierar delvis beroende på regionens storlek och geografiska läge samt vilken mängd vård som köps av privata vårdgivare.

7 Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar

7.1 Brist på information om privatfinansierad vård

Det finns inte några myndigheter som i dag samlar in uppgifter om finansiering av hälso- och sjukvården. Den officiella statistik som finns om betalning med privata sjukvårdsförsäkringar finns i Hälso- räkenskaperna¹ och utgör en uppskattning utifrån inbetalda premier.²

I detta kapitel beskrivs allmänt register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården men som saknar uppgifter om just finansieringsform och/eller specifikt privata sjukvårdsförsäkringar, till följd av att denna information inte finns tillgänglig.

Bristen på information rent allmänt inom hälso- och sjukvården har lyfts av ett flertal statliga utredningar och myndigheter. Valfärdsutredningen konstaterar att det finns stora brister vad gäller register och annan information som är nödvändig för att utveckla statistik och andra kunskapsunderlag i välfärden.³ Denna brist påtalas även av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.⁴ I propositionen *Statistik på upphandlingsområdet* betonas behovet av bättre upphandlingsstatistik, bl.a. för att möjliggöra bättre beslutsunderlag samt ökade möjligheter till styrning och uppföljning.⁵ I SOU 2020:36 uttalas att bristande tillgång till data ibland är ett problem, både på nationell och lokal nivå. Vidare anges att frågan också handlar om att rätt aktör ska ha rätt information i rätt tid,

¹ Hälso- räkenskaperna är en del av SCB:s nationalräkenskaper.

² Se vidare i kapitel 5.9.

³ SOU 2017:38, s. 13.

⁴ SOU 2018:39, s. 298.

⁵ Prop. 2018/19:142, s. 42.

vilket ställer krav på strukturerade data, interoperabilitet samt juridiska och tekniska förutsättningar.⁶

IVO skriver i delrapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, att när offentlig sektor planerar reformer är behovet av statistik ofta svagt beskrivet.⁷ Endast ett av direktiven till offentliga utredningar inom Socialdepartementet under åren 2019–2020 innehöll ett tydligt uppdrag om att förbättra statistiken, nämligen uppdraget S 2020:12 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.⁸ Ett skäl till detta kan, enligt IVO, vara kopplat till strävan att inte belasta informationslämnarna mer än nödvändigt. Ett annat skäl kan vara kopplat till hur rätten att inhämta informationen är reglerad. En svaghet med denna utgångspunkt är emellertid enligt IVO att informationen i huvudsak riskerar bli ett glest indikatorsystem, utan möjlighet till djupare analys som skapar ökad kunskap och insikt.⁹

Vård- och omsorgsanalys påtalar att det saknas information om hur patientvolymerna fördelar sig mellan offentligt och privat finansierad vård, t.ex. via försäkringar, och föreslår att regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.¹⁰

I prop. 2017/18:131 uttalades att såvitt det är känt finns det inte några forskningsresultat om priskänslighet att tillgå för privata sjukvårdsförsäkringar.¹¹ Regeringen uttalade vidare följande.

Som regeringen har konstaterat i tidigare sammanhang, har betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till den offentligt finansierade vården inte varit föremål för någon djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur minskad förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar skulle påverka den offentliga hälso- och sjukvården.¹²

Denna utredning har haft svårigheter med att få fram uppgifter för att på ett heltäckande sätt kunna beskriva och analysera förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter och konsekvenser på hälso- och sjukvården. Det saknas t.ex. data som följer patien-

⁶ SOU 2020:36, s. 176.

⁷ IVO delrapport (2020), s. 16.

⁸ Dir. 2020:81.

⁹ IVO delrapport (2020), s. 29.

¹⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 10 och 94 f.

¹¹ Prop. 2017/18:131, s. 36.

¹² Prop. 2017/18:131, s. 37.

ten hela vägen genom vårdkedjan och som visar hur vården finansieras, hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring, försäkringsföretagarnas branschorganisation, tillhandahåller statistik om privata sjukvårdsförsäkringar. Det är privata vårdgivare som tar emot patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar. Bestämmelser om offentlighetsprincipen och allmänna handlingar gäller inte på samma sätt som för vård i offentlig regi. Det finns således rättsliga begränsningar i vilka uppgifter som går att ta del av från Svensk Försäkring, försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna.

I och med att det saknas myndighetsinformation om privata sjukvårdsförsäkringar är det svårt för staten, regioner, tillsynsmyndigheter, forskare, allmänhet och vårdgivare att ta reda på vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården exempelvis i form av prioriteringar i vården och väntetider, men även avseende förtroendet för och tilliten till välfärdssamhället.

7.2 Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare

I kapitel 3.13.2 beskrivs de bestämmelser som reglerar IVO:s vårdgivarregister närmare. Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO. Alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, är anmälningspliktiga. Huvudsyftet med anmälningsplikten är att IVO ska få kännedom om de verksamheter som IVO har tillsynsansvar för.¹³

Vårdgivarregistret saknar i dag information om finansieringsform för vården, dvs. om vårdgivare bedriver offentligfinansierad vård, privatfinansierad vård eller både och. Utredningen har även erfarit att det finns brister i täckningsgrad i dagens vårdgivarregister. Det har varit svårt för utredningen att beskriva omfattningen av de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och särskilt beskriva omfattningen av de vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det har därmed varit svårt för ut-

¹³ IVO:s hemsida.

redningen att helt exakt beskriva vilka vårdgivare som berörs av utredningens förslag. För en närmare redogörelse för hur utredningen har försökt att gå till väga för att få fram de uppgifterna, se kapitel 16.2.2.

7.3 Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården

Det saknas uppgifter om de faktiska kostnaderna för hälso- och sjukvård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar till de privata vårdgivarna för vården. Det saknas också uppgifter om hur mycket patienter betalar kontant för privat vård.

De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar kommer från Hälsoräkenskaperna som finns hos SCB. Till Hälsoräkenskaperna samlas det inte in någon data direkt från företag eller organisationer, utan det är data som redan finns tillgänglig, framför allt data från Nationalräkenskaperna, som används. Däremot finns det en rapporteringsskyldighet för regioners vårdkostnader.¹⁴ Beträffande uppgifterna om hur mycket vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar används en modell som utgår från premieinkomsterna. Uppgifterna om premier hämtas in från Svensk Försäkring, och fördelas sedan i en administrativ del och en transfereringsdel.¹⁵

7.4 Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter

År 2018 förändrades beskattningsreglerna för privata sjukvårdsförsäkringar som finansieras av arbetsgivaren. Sedan 2018 är förmån av icke offentligt finansierad hälso- och sjukvård en skattepliktig förmån.

I dag särredovisas inte uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar i kontrolluppgiften till Skatteverket. Förmånen ska anges i

¹⁴ Se kapitel 3.13.5.

¹⁵ Uppgifter från SCB 2021-01-29.

ruta 012 och rutan benämns *Skattepliktiga förmåner utom bilförmån och drivmedel vid bilförmån*. I rutan ska det sammanlagda värdet av andra förmåner än just bilförmån och drivmedel vid bilförmån redovisas. Det kan således handla om värdet av förmån av fri kost, fria läkemedel, fri parkering, fri bostad, fri semesterbostad, fri telefon och fria tidningar m.m. utöver uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar.

7.5 Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ansvarar för patientregistret som innehåller uppgifter om behandlingar och sjukdomar i den svenska specialistvården. Syftet med registret är att:

- följa hälsoutvecklingen hos befolkningen över lång tid,
- förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar,
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling, och
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Patientregistret innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i slut- och specialiserad öppen sjukvård. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi, och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Patientregistret omfattar även väntetider på akutmottagningar vid sjukhus samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987. Den specialiserade öppenvården tillkom 2001. Uppgifter från primärvården finns inte i registret. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom primärvården. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021.¹⁶

Även om registret innehåller uppgifter om privata vårdgivare är finansieringsform inte specificerat. Det går således inte utifrån registret att få fram uppgifter om huruvida patienten har betalat för

¹⁶ Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården ur egen ficka eller använt sig av en privat sjukvårdsförsäkring eller om vården är offentligfinansierad.

7.6 Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården

Nationella Kvalitetsregister är en särskild kategori uppgiftssamlingar som finns inom hälso- och sjukvården, främst inom medicinska specialiteter. De har oftast byggts upp genom frivilliga initiativ av specialistföreningar för att användas som stöd för kvalitetsutveckling i det kliniska arbetet. Gemensamt för kvalitetsregistren är att inrapporteringen sker till följd av ett frivilligt åtagande från vårdgivarnas sida.¹⁷

Ett kvalitetsregister innehåller som regel individbaserade uppgifter om diagnoser, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. De svenska kvalitetsregistren utgör en stor tillgång för svensk hälso- och sjukvård och tandvård. De har och har haft en central roll i flera framgångsrika förbättringsarbeten i vården och kan användas för att utvärdera och jämföra kliniska resultat, patientsäkerhet och hälsoekonomi på lokal, regional och nationell nivå. Kvalitetsregistren är också värdefulla källor för forskning och innovation.¹⁸

Det första svenska Nationella Kvalitetsregistret startades på initiativ av en ortoped på 1970-talet och registren kom inledningsvis att utvecklas inom ortopedin. Utvecklingen har därefter skett successivt. I början av 1990-talet ökade intresset för evidensbaserad medicin och kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården, och med det även intresset för kvalitetsregister som ett verktyg för uppföljning. Mot bakgrund av att registren har startats på initiativ av professionen skiljer sig registren i uppbyggnad och omfattning från varandra. Detta tillsammans med att de kan vara olika väl förankrade i hälso- och sjukvården bidrar till att täckningsgraden kan variera.

¹⁷ Prop. 2007/08:126, s. 176.

¹⁸ SKR (2020). Överenskommelsen gäller från den 1 juli 2020. Den 2 september 2021 gav regeringen E-hälsomyndigheten i uppdrag att i en förstudie beskriva och lämna förslag på hur myndigheten eller annan relevant myndighet kan skapa och tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Regeringen beskriver i uppdraget att hälsodata i dag ofta lagras på olika sätt hos olika vårdgivare och i flera olika regioner, vilket skapar brister i t.ex. informationshanteringen och lägesöversikter. En mer sammanhållen infrastruktur för Nationella Kvalitetsregister kan bidra till att höja vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten, effektivisera resursanvändningen i hälso- och sjukvården samt stimulera till forskning, utveckling och bidra till en mer datadriven hälso- och sjukvård.

År 2010 publicerades rapporten *Guldgruvan i hälso- och sjukvården*¹⁹, som var en översyn av de nationella kvalitetsregistren. Rapporten togs fram i samarbete mellan regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (numera SKR). I rapporten lades det fram ett förslag om en gemensam femårig satsning på de Nationella Kvalitetsregistren i syfte att utveckla de Nationella Kvalitetsregistren och deras potential. Mot denna bakgrund slöts en femårig överenskommelse mellan staten och SKR om en satsning på kvalitetsregister för 2012–2016. Därefter har parterna slutit årliga överenskommelser. Den femåriga satsningen har utvärderats. En central del av den pågående förändringen är att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och uppföljning av svensk hälso- och sjukvård och användas mer än i dag för förbättringsarbete.²⁰

För att stödja kvalitetsregistren under start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys finns registercentrumorganisationerna (RCO) bestående av sex regionala registercentrum (RC) samt sex regionala cancercentrum (RCC). Alla Nationella Kvalitetsregister är anslutna till ett RCO.²¹ Inför att regionala register- och cancercentrum kan rekvirera medel via Socialstyrelsen måste vissa organisatoriska förutsättningar uppfyllas inom respektive samverkansregion.²²

De Nationella Kvalitetsregistren finansieras gemensamt av staten och SKR genom en årlig överenskommelse. I överenskommelsen om Nationella Kvalitetsregister m.m. för 2021 är inriktningen att fortsätta det arbete som sedan tidigare slagits fast i en flerårsplan som togs fram 2018 där bl.a. ökade förutsättningar för registerbaserat förbättringsarbete är en del. Regeringen gav i januari 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva, analysera och lämna förslag på hur SKR samt respektive regions arbete med Nationella Kvalitetsregister inom psykiatriområdet kan förbättras.

För närvarande finns drygt 100 Nationella Kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.²³

¹⁹ SKR (2010).

²⁰ SOU 2020:36, s. 178.

²¹ <https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.54333.html>

²² Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

²³ <https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>

Socialdepartementet har i en promemoria lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum. Förordningen innehåller bestämmelser som gör det möjligt för regioner som är huvudmän för regionala register- eller cancercentrum att ansöka om medel för kvalitetregisterverksamhet som bedrivs där. Det föreslås att Socialstyrelsen ska fördela statsbidrag enligt förordningen. Statens medel kommer att betalas ut via Socialstyrelsen till regionala registercentrum eller regionala cancercentrum, i stället för att betalas ut av SKR. Promemorian remitterades i december 2020 och är nu föremål för beredning.

7.6.1 Register som innehåller uppgifter om finansieringsform

Av vad utredningen har erfarit innehåller i dag Obesitasregistret (*SOReg – Scandinavian Obesity Surgery Registry*) och Svenska ryggregistret (*Swespine*) uppgifter om finansieringsform. Förutom de registren kommer det Nationella Kvalitetsregistret för assisterad befruktning (*Q-IVF*) att införa uppgifter om finansieringsform.

I Ryggregistret är variabeln om finansiering utformad som en fråga med två svarsalternativ och ska då besvara om operationen har finansierats med antingen offentliga eller privata medel. Variabeln om finansiering lades till i registret för att möjliggöra en utvärdering om patienter med olika försäkringar rapporterade likartat utfall efter ryggkirurgi. Den typen av studie har i dagsläget inte gjorts, främst beroende på att det har funnits många andra intressanta frågor att undersöka.²⁴

I Obesitasregistret är även där variabeln utformad som en fråga, men med tre svarsalternativ: Hur finansieras patientens operation?

1. Offentliga medel.
2. Sjukvårdsförsäkring (privat eller kopplad till anställning etc.).
3. Patienten betalar själv.

Utifrån uppgifter i Obesitasregistret kan ett flertal olika slutsatser dras av den fråga som ställs. Bl.a. kan slutsatsen dras att privata kliniker opererar en del patienter utanför de indikationer som gäller i

²⁴ Information från registerhållaren för Ryggregistret.

offentlig vård (i detta fall på lägre BMI). I privat vård sker en selektion på det viset att man opererar enklare fall dvs. inte patienter med andra komplicerande sjukdomar. Mellan år 2014–2019 betalade var femte patient själv för sin operation. Andelen som får operationen betald av en försäkring var dock så liten som mindre än 0,5 procent och visar inte några tecken på att öka.²⁵

I Obesitasregistret årsrapport från 2019 dras en rad slutsatser om frågan om finansieringsform. Där tas det bl.a. upp att i den allmänna politiska debatten har det hävdats att vården är ojämlik därför att en grupp människor får vård via försäkringar och därigenom får en bättre tillgänglighet än de som går via det offentliga systemet. Enligt rapporten karakteriseras dock inte vården av personer med sjuklig fetma som riskerar att dö i förtid, få en rad följsjukdomar och utsättas för fördomar och diskrimineringar i samhället av det problemet. Tvärtom är bilden, enligt rapporten, att den offentliga sjukvården med minskad tillgänglighet tvingar allt fler att själva betala för sin vård. Det råder en stor ojämlikhet i landet. 2019 betalade exempelvis 40 procent av patienterna i Södermanland för vården privat vilket var högst i Sverige. I Västerbotten var det 5 procent av patienterna som betalade privat, vilket var lägst i Sverige. Rikssnittet låg 2019 på 78,3 procent offentligfinansierad vård och 21,6 procent privatfinansierad vård. I rapporten tas det vidare upp att det kan finnas en liten grupp patienter som väljer att själva betala för operationen för att få välja var den ska utföras eller av andra skäl. Det finns också patienter som opereras utanför de indikationer som tillämpas inom offentlig vård.²⁶

7.7 Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider

Vårdgarantin innebär att vård ska erbjudas inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas som förs av SKR.²⁷ Det finns ett bemyndigande

²⁵ Information från registerhållaren för Obesitasregistret och SOReg:s årsrapport 2019.

²⁶ SOReg:s årsrapport 2019, s. 18 f.

²⁷ Prop. 2009/10:67, s. 46.

för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

Regionerna rapporterar mått på uppföljning av aktiviteter för att minska väntetiderna och ge vård inom vårdgarantin. Den inrapporterade datan återkopplas till regionerna i form av olika sammanställningar och rapporter, som utgör ett underlag för olika förbättringsarbeten inom vården. Via webbplatsen *Väntetider i vården* är siffrorna också publika och kan följas av profession och allmänhet. Väntetidsdatabasen är i stor utsträckning uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och tidigare kömiljarden, vilket innebär att det i första hand är tidsgränserna i dem som mäts och följs upp.²⁸ Av regelverket framgår att det är regionerna som omfattas av rapporteringsskyldigheten.

Rapporteringen till väntetidsdatabasen behandlas i överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* som ingåtts mellan SKR och staten.²⁹ Överenskommelsen avser medel till sådan hälso- och sjukvård som är offentligfinansierad, oavsett vem som utför dessa. Även offentligt finansierade privata aktörer ska därför kunna få ta del av medlen i enlighet med överenskommelsen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelsen genomförs. Beroende på hur avtalen ser ut med de privata vårdgivarna skickar regionen de privata vårdgivarnas data till väntetidsdatabasen. Om regionen inte kan göra det kan de privata vårdgivarna själva skicka datan till SKR:s väntetidsdatabas.

Enligt Vård- och omsorgsanalys ingår de privata vårdgivarna i databasen om regionen har anmält enheten och om den har rätt förutsättningar att redovisa de efterfrågade uppgifterna.³⁰ Privat verksamhet som inte bedrivs på uppdrag av regionen rapporteras inte in till databasen.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården utifrån väntetidsdatabasen.³¹

²⁸ SKR:s hemsida och Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.

²⁹ I juli 2021 beslutades *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Tilläggsöverenskommelsen kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* som beslutades av parterna i december 2020.

³⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.

³¹ Socialstyrelsen 2020-12-7066.

Även Vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen följt upp vårdgarantin och lämnade år 2015 rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (Rapport 2015:5). I denna rapport ifrågasätter Vård- och omsorgsanalys statistikens tillförlitlighet mot bakgrund av hur registreringen genomförs. Vård- och omsorgsanalys föreslår att väntetidsdatabasen utvecklas på flera punkter och skriver att täckningsgraden behöver klargöras och kravet på privata vårdgivare bör stärkas.³² I rapporten anges vidare att det inte finns något generellt krav på att privata aktörer ska rapportera till väntetidsdatabasen, utan det beror på hur avtalet med landstinget ser ut. Då privata vårdgivare är ett betydande inslag i svensk hälso- och sjukvård är det viktigt och rimligt att den privat utförda vården går att följa upp på samma sätt som offentligt utförd vård. Vård- och omsorgsanalys slutsats är att kravet på privata vårdgivare att rapportera behöver stärkas, och inte enbart vara begränsat till enskilda avtal.³³

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* föreslår en utökad rapportering avseende primärvården till väntetidsdatabasen.³⁴ I den proposition som följde på utredningen valde regeringen i stället att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla uppföljningen av primärvården.³⁵ Det arbetet hos Socialstyrelsen har bl.a. lett fram till en delrapport om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I rapporten föreslås att patientregistret utvidgas med uppgifter om primärvården.³⁶

Under år 2020 har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntetiden har uppstått för den enskilda patienten. Det innebär att det beträffande patienter som t.ex. på grund av vårdgarantiavtal³⁷ har remitterats vidare till en annan vårdgivare går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna. Tidigare gick det endast att se patientens samlade väntetid.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i betänkandet SOU 2021:59 förslag som handlar om att utveckla och förbättra väntetidsdatabasen, se kapitel 4.1.1 och utredningens förslag i kapitel 13.10.

³² Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 144 f.

³³ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 145.

³⁴ SOU 2018:39, s. 298.

³⁵ Prop. 2019/20:164, s. 48 f.

³⁶ Socialstyrelsen 2021-2-7223.

³⁷ För mer om detta och andra sorters avtal, se kapitel 6.

7.8 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har beskrivits att det råder stor brist på myndighetsdata som handlar om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har redogjorts för register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården, men som saknar närmare information om privata sjukvårdsförsäkringar. Information som berör privata sjukvårdsförsäkringar kan behövas för olika syften och ha olika karaktär. Syftena kan handla om att det behövs data för forskning, för regionernas uppföljning och för IVO:s tillsyn. Karaktären på uppgifterna kan skifta från data på aggregerad nivå till individdata.

En av bristerna handlar om att det saknas officiell statistik om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas en nationell infrastruktur med information om hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar. Den data som finns hos SCB utgör en uppskattning utifrån premier och ingen exakt siffra.

En annan brist som utredningen har sett är att det saknas officiella data om vilka vårdgivare som utför vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar. Det saknas information om nyttjandegraden, dvs. i vilken utsträckning de privata sjukvårdsförsäkringarna utnyttjas. Den typen av data kan vara viktig för regionernas uppföljning av de privata vårdgivarna och för IVO:s tillsyn. Utredningens ser även att det finns brister avseende information om patienters väntan på vård. T.ex. ingår inte väntetider till den privatfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

8 Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen

8.1 Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna

I detta kapitel analyseras den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen.

Det finns även andra etiska regler inom hälso- och sjukvården. Flera värdepåståenden som är centrala för dagens medicinska etik och sjukvårdsetik relaterar till en mycket lång tradition, exempelvis från den grekiske läkaren Hippokrates (cirka år 400 f.Kr.) skrifter. En mer aktuell summering av de vanligaste medicinetiska avvägningarna ges av Beauchamp och Childress¹ som formulerat fyra inte rangordnade principer; att inte skada patienten, att låta patienten bestämma (autonomi), att eftersträva rättvisa, och att göra gott. Dessa principer (eller plikter) kan sällan uppfyllas helt och samtidigt, utan konkurrerar ofta med varandra, vilket är en utgångspunkt för den medicinetiska reflektionen. Prioriteringsfrågorna faller huvudsakligen in under principen om rättvisa (rättvis fördelning av begränsade resurser). Vårdprofessionernas internationella och nationella organisationer har i många fall utformat etiska regler där sådant som konfidentialitet och tystnadsplikt, saklighet och opartiskhet, att låta patientens medicinska behov styra vården oberoende av andra faktorer hos patienten, vanligen lyfts fram. Den medicinska etiken kan i vissa delar återfinnas i lagstiftningen.

Som beskrivs i kapitel 2 har utredningen tagit del av den förhållandevis omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. rörande privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska

¹ Beauchamp och Childress (2001).

plattformen. Utredningen har inte bedömt det nödvändigt att sammanställa de olika åsikterna utan kan konstatera att det inte framkommer någon gemensam syn på etiska plattformen och förhållandet till privata sjukvårdsförsäkringar. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i denna fråga. Vissa menar att privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen.² Andra är av en annan uppfattning och menar att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inte följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Man menar att patienter med försäkringar "går före i kön och får en gräddfil till vården" och "får snabbare vård" och att privata försäkringar därför är i strid med behovs-solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL. Liknande kritik förs ibland fram mot regionerna i egenskap av huvudmän och att de inte ställer tillräckliga krav i avtalen med de privata vårdgivarna.³

I direktivet till utredningen⁴ anges att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges att utredningen ska lämna förslag som 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.

I detta kapitel beskrivs regionens och den privata vårdgivarens ansvar för den offentligfinansierade vården och de offentligfinansierade patienterna. Diskussionen är framför allt intressant när den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och har olika tidsgränser i avtalen att förhålla sig till. Den privata vårdgivaren är ansvarig för den vård som den utför. Även regionen har dock, i egenskap av huvudman, ansvar för den offentligfinansierade vården som utförs av den privata vårdgivaren.⁵ IVO:s tillsynsansvar omfattar all vård, oavsett finansieringsform och

² Se t.ex. Svensk Försäkring:

www.svenskforsakring.se/om-forsakring/myter-om-sjukvardsforsakring/myt-1/, (hämtad den 2 augusti 2021) och Vårdföretagarna: www.vardforetagarna.se/2019/12/apropa-forsakringspatienter-hos-privata-varldgivare/ (hämtad den 22 januari 2021).

³ Se t.ex. Katalys (2020), s. 12.

⁴ Dir. 2020:83.

⁵ Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Den närmare innebörden av regionens ansvar som huvudman beskrivs i kapitel 6.

drift, dvs. oavsett om det är en offentlig eller privat vårdgivare och oavsett om vården är offentligfinansierad eller privatfinansierad.

Beskrivningarna i kapitlet fokuserar framför allt på ansvaret utifrån den etiska plattformen som regleras i HSL och då särskilt på bestämmelsen om att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Anledningen till att utredningen fokuserar på behovs-solidaritetsprincipen är att diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar på senare tid fokuserat på den principen.⁶ Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den s.k. etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Därutöver finns även andra viktiga grundläggande principer som gäller för all vård, dvs. för alla vårdgivare och oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelsen om en god hälsa och en vård på lika villkor. I kapitel 3 finns en närmare redogörelse för dessa bestämmelser.

Eftersom den etiska plattformen är reglerad i HSL kommer utredningens beskrivning av ansvaret, både regionens och vårdgivarens, ske genom att tillämpa sedvanlig juridisk metod. Utredningen går således först igenom vad som framgår direkt av lagstiftningen. Sedan beskrivs vad som anges i förarbetena till lagstiftningen i syfte att ta reda på hur lagstiftningen ska tolkas. Därefter diskuteras kring tillsynsmyndigheten IVO:s praxis om hur lagstiftningen ska tillämpas. Även andra myndigheters riktlinjer och rapporter m.m. som rör behovs-solidaritetsprincipen beskrivs, bl.a. Socialstyrelsen. Det förs ett resonemang om väntetider utifrån diskussionerna om vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av försäkringar. Kapitlet avslutas med slutsatser och sammanfattning.

I kapitel 11 beskrivs privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till eller kan leda till inom hälso- och sjukvården. Vissa av resonemangen i det kapitlet har kopplingar till frågan om förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen, särskilt analysen om undanträngning.

⁶ Se t.ex. utredningens direktiv, Dir. 2020:83.

8.2 Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

I detta avsnitt beskrivs hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen utifrån vad som följer av lagstiftning, förarbeten, praxis och övriga rättskällor. Det som är intressant för denna utredning är framför allt situationer när privata vårdgivare tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter och har olika väntetider utifrån vårdgarantin respektive tidsgränser i avtal att förhålla sig till.

Även om det i den allmänna debatten har fokuserats mycket på just behovs-solidaritetsprincipen är det inte möjligt att enbart titta på den principen. Behovs-solidaritetsprincipen är en integrerad del av den etiska plattformen och avsikten är att den ska ses som en helhet. Utredningens uppfattning är även att plattformens principer ses som en helhet i praktiken.

8.2.1 Riksdagsbeslut om etiska plattformen

De tre etiska principerna; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, utgör den etiska plattformen. De är beslutade av riksdagen och bildar grund för riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.⁷

I betänkandet som låg till grund för riksdagens beslut angavs bl.a. följande.

Utskottet instämmer i de principer som enligt propositionen bör ligga till grund för prioriteringar inom vården nämligen människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer utgör en etisk plattform. Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. De riktlinjer som regeringen lägger fram i proposi-

⁷ Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

tionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.⁸

8.2.2 Lagtext om etiska plattformen

Människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen kom att ligga till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, med följande formulering: ”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 är reglerad i 4 kap. 1 § HSL där det anges att ”Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”. Den principen är underordnad de båda andra principerna.⁹

8.2.3 Förarbeten m.m. om etiska plattformen

Etiska plattformen

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 än mer central i debatten om sjukvården än den varit hittills. I direktiven angavs bl.a. att utredningen ska diskutera vad som bör vara hälso- och sjukvårdens ansvarsområde, vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska stå för och vad den enskilde patienten själv bör betala.¹⁰

⁸ Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.

⁹ Prop. 1996/97:60, s. 21.

¹⁰ Dir. 1992:8.

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

- Människovärdesprincipen, dvs. alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs-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 eller åtgärder. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de andra två använts.¹¹

Som skäl för att införa den plattform som gäller i dag uttalade regeringen följande:

Denna etiska plattform innebär ingen ändring av den grundläggande inriktningen av svensk hälso- och sjukvård utan är snarare en förstärkning och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Principerna ansluter således nära till de värderingar och förhållanden som i dag gäller inom hälso- och sjukvården.

Principerna kan synas självklara, men det är ändå viktigt att de formuleras. Att principerna innehåller grundläggande värderingar som redan i dag till stor del genomsyrar vården innebär inte att det är onödigt att de läggs fast. Att just dessa tre principer blir vägledande för prioriteringsbeslut i vården innebär samtidigt att vissa andra grunder för prioriteringar förkastas eller anses mindre lämpliga som grund för prioriteringar.

Det går inte att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Oklara och svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Genom den etiska plattformen finns emellertid förutsättningar för klarare och mer medvetna ställningstaganden. Den anger ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Till sist ligger ansvaret på alla dem som har att fatta beslut om prioriteringar som rör hälso- och sjukvården. Den etiska

¹¹ Prop. 1996/97:60, s. 18 ff.

plattformen anger då en inriktning, ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.¹²

Prioriteringsutredningen betonade att principerna är rangordnade och kan komma i konflikt med varandra. Då anger människovärdesprincipen den grundläggande yttre ramen för prioriteringar, att behovs-solidaritetsprincipen styr flertalet prioriteringar och att kostnadseffektivitetsprincipen endast kommer till användning i särskilda situationer.¹³ Rangordningen är dock föremål för diskussion bland forskare och andra aktörer, där framför allt kostnadseffektivitetsprincipens roll har debatterats.¹⁴

Prioriteringsutredningen resonerade även kring andra principer men de föreslogs inte att ingå i plattformen.¹⁵

Människovärdesprincipen

Den högst rankade principen är människovärdesprincipen. Regeringen uttalade i förarbetena att ”hela vårt demokratiska styrelseskick är uppbyggt kring föreställningen om alla människors lika värde. Det är därför naturligt att människovärdesprincipen som är grundläggande för hela samhället också är den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården.”¹⁶

Principen anger att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade. Ingen människa är i detta avseende förmer än någon annan. Hälso- och sjukvården får inte prioritera sina insatser utifrån människors personliga egenskaper eller funktion i samhället. Olika faktorer som begåvning, social ställning, inkomst, ålder m.fl. får inte inverka på de val som

¹² Prop. 1996/97:60, s. 19.

¹³ SOU 1995:5, s. 121.

¹⁴ Se exempelvis Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.

¹⁵ Se SOU 1995:5, s. 121 ff. Det handlade om:

- *Nyttoprincipen* med en innebörd att det som gör störst nytta för flest människor ska väljas.
- *Lotteriprincipen* som kan definieras som att alla människor bör ha lika stor chans att få del av sjukvårdens resurser. Räcker inte dessa får man låta slumpen avgöra.
- *Efterfrågeprincipen* med innebörd att man bör satsa på det som är mest efterfrägat. Vanligen sammanfaller efterfrågan och behov. Utredningen ville att efterfrågan beaktas först sedan de av utredningen tre fastslagna principerna tillgodosetts.
- *Självbestämmandeprincipen*. God vård innebär bl.a. respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten har rätt att avstå från eller avbryta en behandling. En patient har däremot inte rätt att få en behandling, som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet och inte heller att få en viss typ av undersökning eller remiss till sådan. Det kan därvid uppstå en konflikt mellan prioriteringar och självbestämmande.

¹⁶ Prop. 1996/97:60, s. 20.

hälso- och sjukvården gör. Människovärdesprincipen anger att prioriteringar inte får göras på basis av personliga egenskaper, ålder och ställning i samhället. Denna princip räcker därför inte som urvalskriterium. Om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade, kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. Ett urval utifrån behov måste då göras.¹⁷

Behovs-solidaritetsprincipen

I propositionen uttalades att människovärdesprincipen inte är tillräcklig som grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta hänger samman med att om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. För att komma till rätta med denna problematik utan att komma i konflikt med människovärdesprincipen finns behovs-solidaritetsprincipen. Den beskrivs på följande sätt i förarbetena:

För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något mer än människovärdesprincipen. Utredningen har föreslagit att behovs-solidaritetsprincipen, tillsammans med människovärdesprincipen, ska ligga till grund för prioriteringar. Utredningen har formulerat det som att ”resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst”. När verksamheter tas upp avses alltså mer övergripande och politiska prioriteringar och när individer tas upp avses dess tillämplighet vid kliniska prioriteringar.¹⁸

I propositionen uttalas vidare att:

Behovs-solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso- och sjukvård. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.

Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Skälet att använda denna princip är att

¹⁷ SOU 2001:8, s. 33.

¹⁸ Prop. 1996/97:60, s. 19.

den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.¹⁹

Kostnadseffektivitetsprincipen

Principen om kostnadseffektivitet innebär att vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör hälso- och sjukvården eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Principen är underordnad människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.²⁰

När riksdagen beslutade om att ställa sig bakom regeringens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården uttalades att kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen använts.²¹

Kostnadseffektivitetsprincipen finns reglerad i 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, där det står att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Av förarbetena till den bestämmelsen blir det tydligt att den bestämmelsen inte gäller för helt privatfinansierad verksamhet. Det uttrycks på följande sätt i propositionen.

Det finns inte något särskilt skäl till att krav på kostnadseffektivitet ska eller kan ställas beträffande helt privat finansierade verksamheter. I den mån en verksamhet tillhandahåller hälso- och sjukvård som finansieras via både offentliga och icke-offentliga medel bör den delen av verksamheten som är offentligt finansierad omfattas av bestämmelsen.²²

I propositionen från när den etiska plattformen antogs, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, uttalade regeringen att:

En tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen vid fördelning av resurser för vård av olika sjukdomar försvåras av att effekterna inte alltid går att jämföra på ett rättvisande sätt. Därför bör kostnadseffektivitets-

¹⁹ Prop. 1996/97:60, s. 19 f.

²⁰ Prop. 1996/97:60, s. 20.

²¹ Bet. 1996/97:SoU14.

²² Prop. 2016/17:43, s. 96.

principen endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom.²³

I propositionen tog regeringen upp att flera remissinstanser haft synpunkter på kostnadseffektivitetsprincipen. De flesta instämde med utredningens förslag till rangordning av principerna. Flera remissinstanser pekade dock på att minskade ekonomiska ramar för hälso- och sjukvården kommer att påverka möjligheterna att tillgodosä behov och att kostnadseffektivitetsprincipen i det praktiska arbetet skulle kunna få en större vikt än vad utredningen förutsåg. Som svar på kritiken uttalade regeringen följande.

Vi är medvetna om att de förhållanden som flera instanser pekat på i dag är en realitet i många landsting. Kravet på kostnadseffektivitet har således fått en annan tyngd än tidigare. Vi menar dock att det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort. En kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilda patienten måste tillämpas som utredningen föreslår och vara underordnad principerna om människovärde och behov-solidaritet.²⁴

Kostnadseffektivitetsprincipen diskuteras fortsatt aktivt, bl.a. avseende den betydelsen den har fått inom Tandvårds- och läkemedelsverkets och NT-rådets (rådet för nya terapier) verksamhetsområde angående prioriteringsbeslut avseende läkemedel och medicintekniska produkter.²⁵

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prioriteringar är intimt sammanknippade med den etiska plattformen. I Prioriteringsutredningen som föregick införandet av den etiska plattformen beskrivs prioriteringar på följande sätt.

Ordet prioritera betyder att sätta före. Det som är viktigt eller angeläget går före det som är mindre viktigt eller mindre angeläget. Prioritering innebär att något väljs och något annat väljs bort eller senareläggs.

²³ Prop. 1996/97:60, s. 20.

²⁴ Prop. 1996/97:60, s. 20.

²⁵ Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 93 f.

Inom sjukvården skiljs på två typer av prioriteringar:

- prioritering genom val mellan medicinska åtgärder där hänsyn till patientens behov – inte primärt kostnaden – är vägledande
- prioritering på grund av brist på resurser.

Den förstnämnda typen av prioritering kan lyfta fram viktiga och svåra frågor men väcker sällan allmän debatt. Prioritering av resursskäl aktualiserar svåra etiska problem och en rad frågor som är av allmänt intresse; t.ex. på vilka grunder, hur och av vem prioriteringar beslutas. Gränsen mellan de två typerna av prioriteringar är dock flytande. De kan också kombineras med varandra och resursbrist kan påverka valet av medicinska åtgärder.²⁶

Vidare tog prioriteringsutredningen upp följande.

Prioriteringar av resursskäl har alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården. De kan ske dolt eller öppet, med eller utan angivande av grunder, mer eller mindre medvetet. Behovet av prioriteringar blir tydligare och prioriteringarna svårare när gapet ökar mellan patienternas behov och tillgängliga resurser.²⁷

Prioriteringsutredningen tog också upp följande om alternativ till prioriteringar.

Gapet mellan behov och resurser kan hanteras på flera sätt. Det kan ske genom rationalisering och effektivisering, tillskott av resurser, snävare avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvar, kvalitetsförsämringar och prioriteringar. Gränserna mellan de olika åtgärderna är flytande och ofta kompletterar de varandra.²⁸

Regeringen uttalade även i propositionen att de val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården alltid grundar sig på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst för att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.²⁹

²⁶ SOU 1995:5, s. 45 f.

²⁷ SOU 1995:5, s. 46.

²⁸ SOU 1995:5, s. 48.

²⁹ Prop. 1996/97:60, s. 13.

Prioriteringar på olika nivåer

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården är av flera slag och sker på olika nivåer. Det kan gälla prioritering på statlig nivå, på region- eller kommunnivå, sjukvårdsområdesnivå eller på individnivå. Prioriteringsutredningen gjorde en indelning i politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Den politisk/administrativa prioriteringen tar sig uttryck i beslut om resursfördelning, medan beslut som rör en enskild patient fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ansvar.³⁰

På den kliniska nivån avgörs dels vilka enskilda patienter som ska få behandling, dels val av behandlingsmetod etc. för den enskilda patienten. Prioriteringen blir då i hög grad beroende av hur läkaren och övrig sjukvårdspersonal i samråd med patienten bedömer hans behov. Här förekommer också val av metoder och fördelning av resurser till särskilda grupper.³¹

Vertikala och horisontella prioriteringar

Prioriteringar som görs mellan olika verksamheter eller mellan olika sjukdomsområden kallas horisontella. Dessa är i allmänhet inriktade på gruppnivå och inte individinriktade. Besluten rör resursfördelning mellan olika verksamhetsområden och mellan stora sjukdomsgrupper, t.ex. mellan öppen och sluten vård eller mellan njursjukvård och ögonsjukvård. Denna typ av prioritering görs huvudsakligen i det politiska systemet, dvs. det är i första hand politikerna som fattar beslut om avvägningen mellan verksamhetsområden. En satsning på viss verksamhet innebär i många fall att resurser till en annan verksamhet minskar.³²

Med vertikal prioritering avses val inom ett diagnos- eller sjukdomsområde. Sådan prioritering handlar om hur vården ska utformas, enligt vilka principer enskilda patienter och patientgrupper ska få vård och val av insats för en enskild patient. Denna typ av prioritering görs ofta av personalgrupperna och besluten fattas huvudsakligen inom ramen för personalens eget ansvar eller med stöd av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Den vertikala prioriteringen på-

³⁰ Prop. 1996/97:60, s. 28.

³¹ Prop. 1996/97:60, s. 28.

³² SOU 2001:8, s. 37.

verkas givetvis av hur den horisontella görs, dvs. vilken inriktning det politiska systemet vill ge verksamheten och hur mycket resurser som avsätts. Ansvar för prioriteringsprinciperna och prioriteringen i det enskilda fallet är dock i huvudsak en fråga för de medicinskt verksamma yrkesgrupperna.³³

Prioriteringsgrupper och riktlinjer för prioritering

Utöver den etiska plattformen tog Prioriteringsutredningen även fram riktlinjer för prioriteringar genom att lista olika prioriteringsgrupper, rangordna dessa, samt exemplifiera och resonera kring vad som skulle ingå i varje grupp. Grupperingen bygger på den etiska plattformen. Regeringen fastslog följande grupper:³⁴

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
- Ofrivillig barnlöshet, uttalad kortväxthet samt vissa psykiska besvär och personlighetsdrag

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

³³ SOU 2001:8, s. 38.

³⁴ Prop. 1996/97:60, s. 30.

Prioriteringsgrupperna är tänkta att användas som underlag för beslut både vad gäller politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Det är inte så att behoven behöver täckas helt inom en prioriteringsgrupp innan resurser läggs på en lägre grupp. Däremot ska behovstäckningen i högre prioriteringsgrupper vara högre än i lägre prioriteringsgrupper.

Riksdagens socialutskott uttalade följande i samband med att den etiska plattformen beslutades.

Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. [...] De riktlinjer som regeringen lägger fram i propositionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.³⁵

Dessa prioriteringsgrupper har kommit att ifrågasatts av olika aktörer utifrån att man inte i tillräcklig grad tagit hänsyn till att tillstånd som omfattas av de olika grupperna kan variera i svårighetsgrad men även att olika åtgärder som ska vidtas mot dessa grupper (beroende på vilken patientnytta eller kostnadseffektivitet de har) bör prioriteras olika.³⁶

Regeringen förutsatte att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd på området i enlighet med riktlinjerna.³⁷ Utredningen är av uppfattningen att så också har skett för vissa områden, se mer i kapitel 8.4.

Vid Linköpings universitet tillskapades Prioriteringscentrum, som är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg. Vid centrumet arbetar man med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet fungerar också som ett kunskapsstöd för regioner, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter gällande prioriteringar. Centrumet bildades år 2001 på uppdrag av dåvarande Nationella rådet för vårdpolitik,

³⁵ Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.

³⁶ SOU 2019:29, s. 41 f.

³⁷ Prop. 1996/97:60, s. 38.

ett samarbetsorgan mellan Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, och ingick då organisatoriskt som en del i Landstinget i Östergötland. Huvudfinansiärer i dag är Socialdepartementet, Region Östergötland och Linköpings universitet.

År 2006 enades, på initiativ av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum, ett flertal aktörer inom svensk hälso- och sjukvård och regioner kring en modell för att tolka och tillämpa den etiska plattformen för prioriteringar på gruppnivå. Ambitionen var att skapa en gemensam begreppsapparat och struktur, för att kunna göra rangordningar på mer likartade grunder. Modellen, som kom att kallas *Modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård*, är tänkt att vara ett stöd i diskussioner kring vad som enligt den etiska plattformen ska tas hänsyn till vid rangordning av olika hälsotillstånd och dess åtgärder. Modellen bygger på att olika tillstånd kombinerat med olika åtgärder bedöms och rangordnas.³⁸

Vid Prioriteringscentrum har det publicerats en rad rapporter genom åren, bl.a. rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*³⁹ från 2015 som tas upp nedan.

Särskilt om den etiska plattformen och privat driven och finansierad vård

Utredningen har undersökt vilka uttalanden som återfinns i förarbetena till HSL angående frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen. Utredningen har funnit det vara av intresse att även beskriva uttalanden om privat finansiering i stort, dvs. t.ex. genom att patienter betalar kontant för vården. Även förarbetsuttalanden om privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, är av intresse att beskriva.

SOU 1995:5 – Vårdens svåra val

Prioriteringsutredningen uttalade att ”utredningens uppfattning är att all offentlig finansierad verksamhet oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat – skall omfattas av allmänt accepterade riktlinjer

³⁸ Prioriteringscentrum 2019:1, s. 14.

³⁹ Prioriteringscentrum 2015:3.

för prioriteringar som fastställts av samhället”.⁴⁰ Utredningen uttalade vidare att:

Utredningen anser att det i princip inte är acceptabelt att en patients vilja och förmåga att själv betala sin hälso- och sjukvård får ha inflytande på väntetidens längd eller vårdens medicinska kvalitet inom den gemensamt finansierade vården, vare sig den sker i offentlig eller privat regi. Samtidigt kan samhället knappast förbjuda den som så önskar att helt på egen bekostnad komma i åtnjutande av vård även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder. Det ankommer på tillsynsmyndigheten att övervaka kvaliteten av all vård och att vid behov ingripa, bl.a. med stöd av de lagändringar som utredningen föreslår.⁴¹

I betänkandet påpekades det, i samband med en genomgång av olika styr- och finansieringssystemers effekter på prioriteringar, att valfriheten har ökat på senare år på så sätt att patienternas rätt att välja vårdgivare har ökat men att det finns skillnader mellan olika regioner. Det finns positiva effekter kring detta men också oönskade konsekvenser av den utökade valfriheten. T.ex. kan läkarna väntas bli mer benägna att gå med på undersökningar, provtagningar, remisser etc. som efterfrågas av aktiva och krävande patienter, men som man egentligen anser har ett begränsat medicinskt värde. Det förekommer också att en vårdgivare (sjukhus) får olika ersättningar för patienter från olika landsting eller beställarenheter.⁴²

I övrigt saknas i betänkandet diskussioner kring privat vård och då särskilt den privatfinansierade vården.

Prop. 1996/97:60 – Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

I propositionen uttalade regeringen bl.a. att ”prioriteringar av enskilda patienter kan aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilda patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”⁴³

Vidare uttalade regeringen att:

Tillämpningen av de etiska principerna kan komma att skilja sig åt mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Även om synen på prioriteringarna vore enhetlig kvarstår det faktum att olika huvudmän har olika ekono-

⁴⁰ SOU 1995:5, s. 72.

⁴¹ SOU 1995:5, s. 132.

⁴² SOU 1995:5, s. 62.

⁴³ Prop. 1996/97:60, s. 11.

miska förutsättningar. Även om patientgrupperna skulle rangordnas på samma sätt kommer behovstäckningen att variera över landet. Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen är i och för sig ingen ny företeelse, men i en situation med knappa resurser blir konsekvenserna mer uppenbara. Det är emellertid varje enskild huvudmans ansvar att under iakttagande av de grundläggande etiska principerna planera och genomföra sin hälso- och sjukvård utifrån lokala förutsättningar.⁴⁴

På temat privatfinansierad vård uttalade regeringen följande.

En patients vilja och förmåga att själv direkt betala sin hälso- och sjukvård är en annan prioriteringsgrund som kan komma i konflikt med människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen. I princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. skall därför inte utgöra grund för prioritering.⁴⁵

Regeringen uttalade vidare att:

En förutsättning för ett fortsatt starkt stöd för en hälso- och sjukvård som är solidariskt finansierad och vänder sig till alla är att det finns en förståelse för de prioriteringar som är nödvändiga och efter vilka principer dessa görs. Det krävs en bred och öppen demokratisk debatt där allmänheten, patienter, den medicinska professionen och politiker deltar. Den fortsatta processen med att sprida information och underlätta förståelsen för beslut om prioriteringar i vården är en angelägen uppgift.⁴⁶

Angående Socialstyrelsens tillsynsansvar uttalade regeringen att ”en av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet genom att följa upp och utvärdera den verksamhet som landsting, kommuner och enskilda vårdgivare bedriver.”⁴⁷

⁴⁴ Prop. 1996/97:60, s. 42.

⁴⁵ Prop. 1996/97:60, s. 25.

⁴⁶ Prop. 1996/97:60, s. 41.

⁴⁷ Prop. 1996/97:60, s. 42.

SOU 2001:8 – Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare

Prioriteringsdelegationen fick i uppdrag att följa upp riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Delegationen skulle sprida information och kunskap om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Den hade också till uppgift att utveckla metoder för uppföljning och att värdera effekterna av riktlinjerna. Delegationen hade dock inte som uppdrag att lägga förslag till förändringar.

I betänkandet saknas i stort sett fördjupade diskussioner om den privatfinansierade vårdens förhållande till den etiska plattformen. I betänkandet drog delegationen dock en rad slutsatser, av vilka följande kan lyftas fram särskilt som intressanta även i dag.

- Riksdagen har beslutat om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Ytterst åvilar det riksdag och regering att se till att riktlinjerna följs.
- Huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare vilar på regionerna.
- Socialstyrelsen har i sin tillsynsfunktion en uppgift i att bevaka att riksdagsbeslutet efterlevs och att prioriteringsprocessen intensifieras.
- Det behövs en fördjupad diskussion kring huruvida det offentliga åtagandets gränser inom hälso- och sjukvården bör förändras. Ansvar för att en sådan diskussion initieras vilar främst på de politiska partierna samt på riksdag och regering.
- Utvecklingsarbetet måste intensifieras för att få fram relevanta och jämförbara mät- och uppföljningsdata.

Prioriteringsdelegationen uttalar också att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet. Vidare uttalar att i lagstiftningen har principen givits den innebörden att den eller de som har de största behoven ges företräde till vården. Delegationen skriver att principen alltså fungerar både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte

räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.⁴⁸

I en bilaga till betänkandet, skrivet av överdirektören vid Socialstyrelsen Nina Rehnqvist, problematiseras det bl.a. kring behovs-solidaritetsprincipen. Rehnqvist skriver att principen är problematisk när det gäller resursfördelning i vården och när det gäller innehållet i riktlinjer för vården, men att den däremot är till stor hjälp när det gäller val av områden för vilka kliniska riktlinjer bör tas fram, när evidensen för olika åtgärder finns.

Nina Rehnqvist tar vidare upp följande som får sägas ha bäring på principens förhållande till den privatfinansierade vården.

Om behovsbeskrivningen och graderingen är svår, så är solidaritetskravet kanske ännu svårare att uppfylla. De med lägre behov skall visa solidaritet med dem som har större behov och avstå från resursanspråk. Här blir det då frågan om dels vad det allmänna eller den solidariskt finansierade vården skall stå för, dels hur de personalresurser som de facto finns används. Det vill säga även en privat finansierad vård tär på de, åtminstone för närvarande, begränsade personalresurserna och kompetensen. Återigen har de med större förmåga att tala för sig ett försprång. Det kanske märks särskilt tydligt i omsorgen. Att omprioritera kompetent personal från annan vård till omsorgen kräver både skicklighet och politiskt mod. Å andra sidan får man väl närmast kalla det avundsjuka, när man ser ogint på att vissa i verkligheten har större ekonomisk förmåga att skaffa sig det de vill ha även i form av vård och omsorg, fastän det inte går ut över någon annan.⁴⁹

Prop. 2000/01:36 – Sjukhus med vinstsyfte

Propositionen *Sjukhus med vinstsyfte* låg till grund för lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som gällde åren 2001 och 2002. I propositionen uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

I propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) framhålls betydelsen av ökad mångfald av vårdgivare och det önskvärda i att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning tecknar vårdavtal med privata, kooperativa och ideella vårdgivare i den öppna vården. Samtidigt som denna utveckling uppmuntras är det enligt regeringens uppfattning viktigt att inte kommersiella intressen tillåts ta överhanden och försvåra möjligheten att upp-

⁴⁸ SOU 2001:8, s. 107.

⁴⁹ SOU 2001:8, s. 161 f.

rätthålla de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård. Grunden skall bevaras. Hälso- och sjukvården ska vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov.⁵⁰

Vidare uttalades följande.

Det finns inte något sätt att slippa prioritera. Frågan gäller endast vilka prioriteringar som skall göras. Det är desto viktigare att tillämpa prioriteringskriterierna på ett systematiskt, öppet och tydligt sätt. Det är särskilt viktigt att även under 2000-talet garantera att de förbättrade behandlingsmöjligheter som ligger i den medicinska och medicintekniska utvecklingen fördelas efter behov, inte minst till den växande gruppen äldre. Någon bättre garanti för att detta ska ske än en fortsatt solidarisk finansiering av vården finns inte. Inte heller finns skäl att ompröva de svenska akutsjukhusens hittillsvarande driftsformer. Det är viktigt att inte låta dagens tillgänglighetsproblem, som delvis har sin grund i en obalans mellan öppen och sluten vård, föranleda framväxten av ett nytt hälso- och sjukvårdssystem.⁵¹

SOU 2003:23 – Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa

Betänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* låg till grund för det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007. Av dessa bestämmelser framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Utredningen uttalade då följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

Hälso- och sjukvården i Sverige skall vara solidariskt finansierad, tillgänglig för alla och fördelad efter behov. Oberoende av drifts- och ägarformer skall samma etik ligga till grund för prioriteringar och andra medicinsk-etiska avvägningar inom hela vården. De etiska utgångspunkter som lagts till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och för medicinsk-etiska ställningstaganden bör också vägleda beslut om organisation, drifts- och ägarformer.⁵²

⁵⁰ Prop. 2000/01:36, s. 5.

⁵¹ Prop. 2000/01:36, s. 6 f.

⁵² SOU 2003:23, s. 75 f.

Vidare uttalades följande.

Vinst är en stark drivkraft som inom vården kan bidra till utveckling och effektivare vårdformer. Vinst som resultat av effektivare processer, bättre behandlingsmetoder, ökad motivation och större delaktighet är inget hot mot de grundläggande målen om vård efter behov och på lika villkor. De kan i stället genom sina exempel bidra till förändringar och nya arbetssätt som gynnar alla. Vinstmotiv i vården kan emellertid också leda till att prioriteringar överges, till överdriven vård och behandling eller till att förebyggande hälsovård tonas ner till förmån för mer in-täktsgivande behandlingar. Olika former för ägandet har också inverkan. För en verksamhet, som ägs av personal som dagligen möter patienterna, vävs drivkrafter samman på annat sätt än för placeraren på børsen som mer renodlat värderar verksamheten i form av värdetillväxt och avkastning. Med en offentligt finansierad vård har huvudmännen stora möjligheter att påverka de ekonomiska drivkrafterna och vinstsyftets inverkan. Klokkt utformade regelverk och modeller för ersättning kan begränsa och tygla de ekonomiska drivkrafterna så att de främst gynnar patienter och samhället i stort.⁵³

Prop. 2004/05:145 – Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

I propositionen som föranledde det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007 uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och privat vård.

Regeringens utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad, ges på lika villkor och efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka, framstår det enligt regeringens mening som nödvändigt att genom lag reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till entreprenörer. En risk finns annars för att en intressekonflikt uppstår mellan marknads aktörer och vårdbehövande, där ekonomiska resurser och ekonomiskt vinstintresse går före de medicinska behoven. Regeringen anser att vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller grupperas betalningsförmåga och privata entreprenörers vinstintressen. Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården framgår av 2 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och gäller all vård, oavsett om den bedrivs vid sjukhus eller inte.⁵⁴

⁵³ SOU 2003:23, s. 187.

⁵⁴ Prop. 2004/05:145, s. 9.

Vidare uttalade regeringen att ”hälso- och sjukvård också kan bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall ansvarar inte landstinget eller kommunen för verksamheten. Socialstyrelsen utövar dock tillsyn även över den helt privatfinansierade hälso- och sjukvården”.⁵⁵

Prop. 2006/07:52 – Driftsformer för sjukhus

Det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävdes år 2007.⁵⁶ I propositionen som låg till grund för upphävandet uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

Huvuddelen av den offentligt och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården utförs av landstingsägda och landstingsdrivna enheter. Det har emellertid blivit allt vanligare att hälso- och sjukvård utförs av privata aktörer på uppdrag av landstingen. Oavsett om en verksamhet bedrivs av landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare skall vården bedrivas så att den uppfyller hälso- och sjukvårdslagens (1982:763; HSL) krav på en god vård på lika villkor. Vidare skall vården ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Ledningen av hälso- och sjukvården skall dessutom vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.⁵⁷

Vidare uttalades följande.

Landstingen ansvarar för hur hälso- och sjukvården organiseras och att besluten som fattas ger förutsättningar för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Förtroendet för hälso- och sjukvården är avhängigt att vården lever upp till de krav som medborgarna har rätt att ställa. Om hälso- och sjukvården skall kunna utvecklas och klara det framtida åtagandet måste förutsättningar för nytänkande och mångfald skapas inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt regeringen kan en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet för medborgarna. Privata vårdgivare har i flera fall genom specialisering och renodlade processer bättre kunnat ta tillvara den nya teknikens möjligheter till rationalisering.⁵⁸

⁵⁵ Prop. 2004/05:145, s. 10.

⁵⁶ Prop. 2006/07:52.

⁵⁷ Prop. 2006/07:52, s. 6.

⁵⁸ Prop. 2006/07:52, s. 10.

Ds 2016:29 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I promemorian föreslogs en reglering som skulle förtydliga att inom offentligtfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosätts. Remissinstansernas åsikter om förslaget varierade. Ett flertal remisstanser såg positivt på den föreslagna regleringen och ett antal var negativt inställda. Ett flertal remissinstanser väckte invändningar om att det finns otydligheter i hur principerna ska tolkas och vad som blir följderna av att principerna gäller för den privatfinansierade hälso- och sjukvården.

Landstinget Dalarna ifrågasatte om den nya bestämmelsen tillförde något nytt då principerna redan i dag gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet och att den nya bestämmelsen är otydligt formulerad vilket kan medföra att innehållet kan tolkas på olika sätt.⁵⁹

LO menade att ”det finns, så som *LO* bedömer det, ett allt för stort tolkningsutrymme av innebörden i lagtexten. I praktiken är de formuleringar som föreslås snarlika de som redan i dag finns i *HSL*. *LO* bedömer att det krävs mer än det som föreslås i den aktuella promemorian för att vända utvecklingen och förordar därför såväl ytterligare lagskärpningar som skatteförändringar”.⁶⁰

Pensionärernas riksorganisation (PRO) uttalade att den ”tolkar förslaget som att personer med privata sjukvårdsförsäkringar inte ska kunna köpa sig snabbare eller bättre vård inom den offentligt finansierade vården. *PRO* tolkar promemorians förslag som stopp för användandet av privata sjukvårdsförsäkringar i offentligt finansierad sjukvård. *PRO* anser att skrivningen bör tydligare uttrycka detta”.⁶¹

Region Skåne ansåg bl.a. att ”promemorians förslag inte tillräckligt tydligt belyser vad som krävs för att man ska anse att de privata vårdgivarna ger vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring på sådant sätt att de grundläggande värdena i hälso- och sjukvårdslagen åsidosätts”.⁶²

⁵⁹ Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29.

⁶⁰ *LO*:s remissvar på Ds 2016:29.

⁶¹ *PRO*:s remissvar på Ds 2016:29.

⁶² Region Skånes remissvar på Ds 2016:29.

Statskontoret menade att ”det är oklart hur de som ska tillämpa bestämmelserna ska gå till väga. Statskontoret menar att det är en grannliga uppgift för vårdgivarna att bedöma om principerna om människovärde, behov och solidaritet har åsidosatts på grund av att vård även ges till patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Det kan t.ex. handla om att bedöma hur väntetider har påverkats, om vårdkvaliteten har nått upp till den standard som den annars skulle ha gjort eller om det har skett någon annan form av nedprioritering. Av promemorian framgår inte närmare vad principerna innebär och vad som krävs för att de ska anses vara åsidosatta. Här finns inte heller några exempel som kan ge vägledning i tillämpningen.”⁶³

Stockholms läns landsting menade att ”HSL är en ramlag som till stora delar består av allmänt hållna målsättningsbestämmelser som till sin karaktär inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Promemorians förslag till lagtext – ”*enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosatts*” – medför därför en bekymmersam otydlighet”.⁶⁴

Vård- och omsorgsanalys menade att ”utifrån informationen i promemorian är det svårt att bedöma huruvida förslaget kommer föranleda några, och i så fall vilka, förändringar jämfört med i dag. Eftersom det ofta saknas behovsindikatorer för patienter som står på väntelistorna, är det svårt att följa upp och avgöra huruvida patienter prioriteras på ett korrekt och konsekvent sätt oberoende av finansieringsform. Det kan också vara svårt att avgöra ifall prioriteringsordningen åsidosatts hos en privat aktör så länge som denne fullföljer sitt uppdrag gentemot landstinget inom givna tidsramar.”⁶⁵

Vårdföretagarna menade bl.a. att ”HSL är en ramlag med till stora delar allmänt hållna bestämmelser i form av målsättningar som inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Departementspromemorians förslag till lagtext är ett olyckligt avsteg från det.”⁶⁶

⁶³ Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.

⁶⁴ Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29.

⁶⁵ Vård- och omsorgsanalys remissvar på Ds 2016:29.

⁶⁶ Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.

Prop. 2016/17:166 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I propositionen gick regeringen vidare med förslaget i Ds 2016:29. Förslaget ledde dock inte till någon lagstiftning eftersom riksdagen avslag propositionen.⁶⁷

I propositionen lämnades inte någon närmare redogörelse för innebörden av behovs-solidaritetsprincipen och hur den ska tolkas i samband med privata sjukvårdsförsäkringar. Det som uttalades i fråga om hur behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas är följande.

Att patientens behov av sjukvård, inte dennes betalningsförmåga, ska avgöra vilken insats vården ska erbjuda och när patienten ska få denna vård innebär på ett individuellt plan att en person som har ett större vårdbehov alltid ska prioriteras före en person med ett mindre vårdbehov.⁶⁸

Vidare uttalades att det inte är förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor att genom en sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet (t.ex. "att gå före kön" och snabbare få vård) inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.⁶⁹

Regeringen uttalade även följande.

Som tidigare nämnts har privata sjukvårdsförsäkringars betydelse i förhållande till det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkar den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. även huruvida innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.⁷⁰

Regeringen konstaterade i likhet med Lagrådet att det är oklart om innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar verkligen ges företräde framför patienter som får offentligfinansierad vård. Regeringen ansåg dock att en reglering behövs för att motverka risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentligfinansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring. Regeringen menade också att en regler-

⁶⁷ Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.

⁶⁸ Prop. 2016/17:166, s. 22.

⁶⁹ Prop. 2016/17:166, s. 23.

⁷⁰ Prop. 2016/17:166, s. 23.

ing även är angelägen för att på sikt kunna bevara tilliten till och förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssystemet i övrigt. Regeringen uttryckte att den medger att möjligheterna att följa upp om de grundläggande principerna i HSL följs är förenade med vissa svårigheter. Den omständigheten utgör dock enligt regeringens mening inte något hinder mot att genomföra förslagen.⁷¹

Riksdagen avslag dock propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det finns något behov av lagändringen.⁷²

SOU 2020:46 – En gemensam angelägenhet

I sitt betänkande *En gemensam angelägenhet* har Jämlikhetskommissionen tagit upp privata sjukvårdsförsäkringar och förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen. Kommissionen uttalade följande.

Under generationer har hälso- och sjukvården byggts upp enligt principerna om vård efter behov och solidarisk finansiering. Grundprincipen omfattar även privata vårdgivare som har patienter både från den offentligt finansierade vården och försäkringsbolagen. Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar att leda till att principen i hälso- och sjukvårdslagen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en ordning som tar hänsyn till patientens privata sjukvårdsförsäkring. Det skulle strida mot de övergripande principerna i hälso- och sjukvårdslagen att behandla människor olika inom vården på grund av olika ekonomiska förutsättningar.⁷³

Vidare uttalade kommissionen följande om privata sjukvårdsförsäkringar.

Då patienter med privat sjukvårdsförsäkring kan få vård snabbare än patienter utan en sådan försäkring, är utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar inte förenlig med målen enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §: god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.⁷⁴

Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

⁷¹ Prop. 2016/17:166, s. 23 f.

⁷² Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.

⁷³ SOU 2020:46, s. 827 f.

⁷⁴ SOU 2020:46, s. 828.

Övriga betänkanden

I bland annat betänkandena *Komplementär och alternativ medicin och vård* (SOU 2019:15), *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) och *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29) resoneras kring principerna i den etiska plattformen med hänvisning till de förarbeten som redogjorts för i detta avsnitt. Den etiska plattformen tas även upp i *Tydligare ansvar och regler för läkemedel* (SOU 2018:89).

Smer – Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter, rapport 2014:1

Smer (Statens medicinsk-etiska råd) har i en rapport år 2014 om etiska aspekter på privat finansiering inom regionen varit inne på frågor som relaterar till privat vård och den etiska plattformen. Med *medfinansiering* avser Smer följande.

Patienten finansierar den del av en hälso- och sjukvårdsinsats som ligger utanför landstingets offentligt finansierade utbud medan landstinget betalar den del av insatsen som omfattas av offentlig finansiering. Patienten kan alltså i denna situation välja ett tillägg eller något annat än det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården och själv betala mellanskillnaden. I rapporten används således termen medfinansiering enbart när finansieringen av hälso- och sjukvårdsinsatsen är integrerad dvs. finansierad med både offentliga och privata medel, bortsett från patientavgifter. Exempel: Patienter som medfinansierar multifokal lins vid starroperation; synkorrigering ligger normalt utanför det offentliga åtagandet och landstingets prioriteringar varför vissa landsting ersätter motsvarande en "vanlig" lins vid starroperation och patienten får betala mellanskillnaden det kostar att få en synkorrigering lins.⁷⁵

Med *egenfinansiering* avser Smer följande.

Patienten får själv betala hela kostnaden för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som inte omfattas av landstingets offentligt finansierade utbud. En orsak till att vården inte finansieras med offentliga medel kan vara att den inte bedöms vara medicinskt motiverad (utifrån vad som för närvarande är känt om effekterna på gruppnivå.) Exempel på sådan vård är skönhetsoperationer. Andra anledningar kan vara att landstinget begränsat tillgången till viss vård (såsom antal försök vid assisterad be-

⁷⁵ Smer 2014:1, s. 11.

fruktning) eller att vårdinsatsen inte prioriteras av landstinget (vissa vaccinationer, åderbråcksoperationer, vissa hälsoundersökningar).⁷⁶

Med *tilläggsinsatser* avser Smer följande.

En hälso- och sjukvårdsinsats som med- eller egenfinansieras av patienten. Ibland kan begreppen tilläggstjänst eller tilläggsprodukt förekomma. Det förstnämnda syftar till med- eller egenfinansierade tjänster såsom medicinsk behandling utförd av vårdpersonal och det sistnämnda till hälso- och sjukvårdsprodukter såsom hjälpmedel. Man kan också skilja mellan invasiva tilläggsinsatser (t.ex. en starroperation där en multifokal lins sätts in eller en IVF-behandling) och icke-invasiva (t.ex. ett hjälpmedel).⁷⁷

I rapporten uttalade Smer följande.

Att köpa sig kortare väntetider i den offentliga vården, i samband med t.ex. operationer eller vid besök på akutmottagningen, är utifrån ett etiskt perspektiv inte godtagbart och strider mot (intentionerna i) gällande regelverk. Även möjligheten att genom finansiering köpa sig till en högre kvalitet inom den offentliga vården är i strid med rådets uppfattning och rådande principer och reglering i Sverige. Även om detta regelverk inte funnits, hade förslagen att införa olika former av medfinansiering stött på betydande etiska problem. Eftersom resurserna när det gäller personal, lokaler, mediciner och pengar är begränsade inom den offentliga hälso- och sjukvården, kommer enbart de som har råd att köpa sig kortare väntetid, bättre eller säkrare vård att få företräde till vården före dem som inte har råd – men som kanske har lika stora eller större behov av sjukvårdens hjälp.⁷⁸

Däremot ansåg Smer att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligfinansierade vården i vissa fall. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp.⁷⁹

⁷⁶ Smer 2014:1, s. 11.

⁷⁷ Smer 2014:1, s. 12.

⁷⁸ Smer 2014:1, s. 185.

⁷⁹ Smer 2014:1, s. 20. Se också t.ex. yttrandet från Etiska rådet i Region Skåne 2020-02-17, som tog avstånd från att regionen tillhandahöll medfinansierade hörapparater, med hänvisning till Smers rapport.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet – Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? Rapport 2015:3

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet gav i en rapport från 2015 en presentation av den etiska plattformen och en analys av ett antal tolknings- och tillämpningssvårigheter relaterade till de olika principerna. Syftet med rapporten var att stimulera till debatt kring huruvida det behövs en ny statlig utredning för att reda ut tolkningsproblem och utveckla plattformen för att hantera de prioriteringssituationer hälso- och sjukvården ställs inför. Ett ytterligare syfte var att stimulera till mer allmän debatt, diskussion och forskning kring hur den etiska plattformen kan och bör tolkas.

I rapporten resonerade Prioriteringscentrum om utrymmet för att ta hänsyn till ekonomiska förhållanden. Prioriteringscentrum framhöll i rapporten att det i en situation där inte alla vårdbehov är möjliga att tillfredsställa eller åtgärda inom ramen för det offentliga åtagandet, uppstår naturligtvis frågan om man som patient i stället kan "egenfinansiera" vården eller om man genom "medfinansiering" kan få en bättre åtgärd inom ramen för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.⁸⁰ I rapporten tas inte privata sjukvårdsförsäkringar upp men däremot olika frågor kring privatfinansierad vård. Det tas bland annat upp att "när det gäller egenfinansiering som sker utanför det offentliga åtagandet ger plattformen ingen vägledning, inte heller hur man bör tänka vid gränsdragning mellan offentlig och privat finansiering (eftersom den endast reglerar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården)".⁸¹

Vidare angavs i rapporten att när det gäller s.k. egenfinansiering eller medfinansiering inom ramen för det offentliga åtagandet förefaller människovärdesprincipen inte ge något egentligt utrymme för detta om man ska tolka skrivningarna strikt.⁸²

Prioriteringscentrum anförde att de skrivningar om prioriteringsprinciper som finns i lagen men även förarbetena är knapphändiga och kräver uttolkningar. Regeringen gav i början av 2000-talet Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en föreskrift om hur priorite-

⁸⁰ Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19. Begreppen egenfinansiering och medfinansiering används ibland för att beskriva olika former av privat betalning till regionerna, se mer utförlig beskrivning i kapitel 6.4.1 och ovan om Smer:s rapport 2014:1.

⁸¹ Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.

⁸² Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.

ringar skulle gå till i praktiken. Denna föreskrift kom aldrig till stånd enligt Prioriteringscentrum. För att stödja en konkret tillämpning av prioriteringsprinciperna utformades i stället en operationaliserad modell, lämpad som stöd för vissa typer av prioriteringsbeslut.⁸³

8.3 Tillsyn över målbestämmelserna

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. Innan IVO inrättades år 2013 låg tillsynsansvaret på Socialstyrelsen. Det saknas tillsynsbeslut från IVO avseende hur de olika målbestämmelserna och hur den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas i praktiken. Således saknas praxis om hur behovs-solidaritetsprincipen förhåller sig till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas även andra typer av stödjande dokument för såväl internt som externt bruk från IVO eller hur tillsynen på området inom IVO ska bedrivas. Utredningen känner inte till att IVO arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård genom riktade insatser, stöddokument eller annat som riktar in sig på den privatfinansierade vården och förhållandet till etiska plattformen.

Fram till nyligen har det inte funnits några tillsynsbeslut från IVO som rör tillsynen över de olika målbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De exempel som numera finns är från IVO:s tillsyn under år 2020 av samtliga akutsjukhus i Region Stockholm i samband covid-19-pandemin. Via anmälningar fick IVO uppgifter om att pandemin hade lett till lokala skillnader i prioriteringen till intensivvård. Tillsynen syftade till att granska vårdgivarens planering, ledning och kontroll av verksamheten avseende prioritering av patienter i behov av intensivvård under rådande covid-19-pandemi. Av de granskade sjukhusen var det endast avseende Karolinska Universitetssjukhuset som IVO påtalade en brist. IVO ansåg där att vårdgivaren hade tagit fram och tillämpat ett lokalt beslutsstöd som i sin utformning och tid för införandet innebar en risk för att patienter som skulle ha kunnat gynnats av intensivvård inte fick sådan vård. IVO fann sammantaget att Karolinska Universitetssjukhuset inte hade planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sätt som hade lett till att kravet på god vård i HSL upprätthållits. I beslutet

⁸³ Prioriteringscentrum 2015:3, s. 2.

anges att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder med anledning av bristerna men att myndigheten kan komma att följa upp beslutet.⁸⁴

Även om IVO inte har gjort några konkreta uttalanden i praxis eller andra stöddokument kring behovs-solidaritetsprincipen och privata försäkringar eller hur den ska tolkas har IVO i en förstudie⁸⁵ gjort ett antal bedömningar. Förstudien presenteras mer ingående i kapitel 4. De viktigaste slutsatserna är:

- IVO har tillsyn över att regioner och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är en sådan målbestämmelse.
- Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL.
- När regelverket inte innehåller detaljerade krav får IVO närmare precisera kraven i sina beslut.
- IVO bedömer att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Väntan på vård kan vara förenad med patientsäkerhetsrisker så som förvärrat sjukdomstillstånd under väntetiden, förlängd vårdtid, sämre vård och/eller uppföljning, onödigt lidande under väntetiden och sämre kontinuitet. Det finns patientsäkerhetsrisker om målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården åsidosätts.

I förstudien beskrivs även en rad olika sätt på hur IVO skulle kunna bedriva tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

8.4 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utövar inte tillsyn över vården och dess personal. Däremot har Socialstyrelsen till uppgift att följa, analysera och rapportera om hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställ-

⁸⁴ IVO:s beslut den 14 december 2020, dnr. 3.5.1-14720/2020-25.

⁸⁵ IVO förstudie (2020).

ning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier samt att ta fram kunskapsstöd och föreskrifter som bidrar till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.⁸⁶

En viktig del i Socialstyrelsens uppdrag är också att ta fram riktlinjer med rekommendationer och prioriteringar på gruppnivå. Detta gör Socialstyrelsen genom sina s.k. Nationella riktlinjer. Riktlinjerna ska bl.a. ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Arbetet med de Nationella riktlinjerna utgår bl.a. från den etiska plattformen där behovs-solidaritetsprincipen ingår. De riktlinjerna tas fram med stöd av 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsen som bestämmer vilka riktlinjer som ska tas fram. I vissa fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram Nationella riktlinjer på ett visst område.⁸⁷

I riktlinjerna tas inte ställning till hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen.⁸⁸ De Nationella riktlinjerna omfattar i stället stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna är uppdelade på olika områden som Astma och KOL, Demens, Hjärtsjukvård, Psoriasis, Rörelseorganens sjukdomar och Stroke. De innehåller sällan rekommendationer om hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Riktlinjerna är tänkta att vara ett stöd när exempelvis regioner skapar vårdprogram eller när kommuner och regioner tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Framtagandet av de Nationella riktlinjerna är en process i flera steg. Ett område som ska få riktlinjer väljs ut, området avgränsas och den vetenskapliga litteraturen går igenom och sammanställs, vilket sedan 2015 görs i samarbete med SBU⁸⁹. I riktlinjerna rangordnar Socialstyrelsen bland annat tillstånd och åtgärder. En prioriteringsgrupp rangordnar samtliga tillstånds- och åtgärdspar i en skala från ett till tio, där ett är bäst och tio sämst. Rangordningen baseras på hur allvarligt tillståndet är, vilken effekt åtgärden har och åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet. Även hur starkt vetenskapligt stöd som finns för åtgärdens effekt kan ha betydelse i rangordningen, liksom etiska överväganden. Ett tillstånds- och åtgärdspar som har prioriteringssiffran ett förväntas ge stor nytta för

⁸⁶ 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁸⁷ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.

⁸⁸ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.

⁸⁹ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Rekommendationer med låg prioritet representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till åtgärdens effekt.

Tanken är att åtgärder med hög prioritet ska få en stor del av resurserna och de med låg ska få en mindre del av resurserna. Gränsen mellan hög och låg prioritet är inte definierad. Åtgärder som Socialstyrelsen anser inte ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt utvärderade benämns FoU (forskning och utveckling).

Metoden för att ta fram Nationella riktlinjer utvecklas hela tiden och olika riktlinjer kan ha olika utformning. I många fall har Socialstyrelsen valt ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar där myndigheten även skriver rekommendationer. Rekommendationerna gäller oftast åtgärder som vården och omsorgen inte utför i tillräcklig utsträckning men borde utföra. De handlar då om rekommendationer om åtgärder som kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området. Rekommendationerna är tänkta att kunna fungera som ett underlag när beslutsfattare som politiker och verksamhetschefer fattar beslut om exempelvis resursfördelning, vårdens och omsorgens organisation och kompetenshöjning. Rekommendationerna som ges i riktlinjerna är heller inte bindande utan det är upp till regionerna och vårdpersonalen att därefter på lämpligt sätt ta riktlinjerna vidare.

Ett exempel på en riktlinje är *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*.⁹⁰ I riktlinjen finns mer detaljerade rekommendationer om behandlingar/diagnostik för astma och KOL och när åtgärder ska/bör/kan vidtas.

Utredningen konstaterar att även om Socialstyrelsens Nationella riktlinjer kan användas av privata vårdgivare är de framför allt riktade mot regionerna och fungerar som underlag för beslutsfattande om exempelvis resursfördelning eller vid förändrade arbetssätt. En privat vårdgivare som utför vård åt en region kan på så sätt också beröras av riktlinjerna. Viktigt att framhålla är dock att Socialstyrelsens riktlinjer inte omfattar alla tillstånd och sjukdomar.

Det är svårt att ur de Nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen dra några slutsatser om hur privata sjukvårdsförsäkringar och privat vård överlag bör förhålla sig till den etiska plattformen, vilket heller

⁹⁰ Socialstyrelsen 2020-12-7135.

inte är avsikten med riktlinjerna. Socialstyrelsen har inte särskilt följt upp vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på tillgängligheten och jämlikheten i hälso- och sjukvården.

8.5 Vård- och omsorgsanalys rapporter

Inte heller Vård- och omsorgsanalys utövar tillsyn över vården och dess personal och kan därför inte fatta beslut om hur bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska tillämpas. Vård- och omsorgsanalys har dock i två rapporter kommit in på den etiska plattformen och kopplingen till privata sjukvårdsförsäkringar och privat finansierad vård.

Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare⁹¹

I rapporten, som redovisas mer ingående i kapitel 4.3.6 och 11.3, gör Vård- och omsorgsanalys inte någon egen tolkning av hur den etiska plattformen ska tillämpas rent konkret. Myndigheten konstaterar att förarbetena inte tar upp privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansierad vård särskilt och att det skulle kunna tyda på att lagstiftaren inte hade förutsett eller avsett ett hälso- och sjukvårdssystem med någon betydande andel privat finansiering, kanske delvis eftersom det var ovanligt när det beslutades om de bestämmelserna. Därefter tar Vård- och omsorgsanalys upp följande.

- Vård- och omsorgsanalys menar att ansvaret för målet om vård på lika villkor och efter behov finns på flera nivåer inom hälso- och sjukvården. Respektive aktör har ansvar för att verka för målet inom ramen för sitt ansvarsområde, men i HSL utpekas ingen aktör som har tydligt ansvar för att målet uppfylls för hela hälso- och sjukvårdssystemet.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att regionerna ska ta hänsyn till och planera verksamheten de ansvarar för utifrån målet om vård på lika villkor och efter behov (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller i alla delar av deras huvudmannaansvar, t.ex. planeringen, styrningen och upphandlingen.

⁹¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

- Vård- och omsorgsanalys uttalar att varje vårdgivare, oavsett vem som har huvudmannaansvaret eller finansierar vården de bedriver, ska ta hänsyn till målet om vård på lika villkor och efter behov inom ramen för sin verksamhet (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller t.ex. i utformningen av kösystem och utförandet av vården i övrigt.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att också i de vårdprofessionella etiska reglerna återkommer ansvaret om vård efter behov och på lika villkor. Exempelvis anger Läkarförbundets etiska regler att en läkare aldrig ska frångå principen om människors lika värde och aldrig bidra till otillbörlig prioritering av patienter. Trots att det här ansvaret finns på de olika nivåerna och att de är tänkta att stärka varandra i en gemensam riktning kan det i vissa fall vara svårt att prioritera efter behov, exempelvis för att det kan vara svårt att bedöma behovens storlek och jämföra olika behov med varandra.
- Vård- och omsorgsanalys anger att enligt förarbetena (prop. 1996/97:60) går det inte att ge någon detaljerad vägledning eller enkla handlingsregler för prioriteringar, utan svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Den etiska plattformen syftar däremot till att ge förutsättningar för klarare och medvetna ställningstaganden, eftersom det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet.
- Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bland annat om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen (3 kap. 1 § HSL).
- Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med

offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Men den kan uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna. En delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön. Men den situationen träffas inte lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys har genomfört en undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen om patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter tar emot båda typerna av patienter. Undersökningen har dock inte haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Myndighetens slutsatser avser i stället hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Undersökningen och vilka slutsatser som kan dras av den beskrivs närmare i kapitel 11.3.3.

Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar⁹²

Vård- och omsorgsanalys har i en annan rapport från år 2020 undersökt horisontella prioriteringar. Därmed menas de övergripande prioriteringar som görs mellan olika sjukdomsområden eller olika sjukdomsgrupper, och som i huvudsak grundar sig på politiskt administrativa beslut. Ett exempel är när man väljer att avsätta resurser

⁹² Vård- och omsorgsanalys 2020:7.

för ett visst vårdområde framför andra vårdområden. Vård- och omsorgsanalys kommer i rapporten fram till följande.

Regionernas övergripande resursfördelning utgår i huvudsak från tidigare års fördelning. Regionernas uppföljningar av hälsa och sjukdom, övergripande behovsanalyser och underlag från verksamheter används i låg utsträckning som underlag för förändringar i resursfördelningen mellan sjukdomsområden. Det finns exempel på mer systematiska prioriteringar mellan områden som baseras på mer utförliga underlag, men det rör sig i regel om förändringar som är små i förhållande till budgeten i stort. Den statliga vägledningen till regionerna för horisontella prioriteringar är också sparsam.⁹³

Vård- och omsorgsanalys menar att en förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behoven i olika sjukdomsgrupper är att det är tydligt vad som avses med detta i praktiken och att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. Om hälso- och sjukvårdspolitiken ska vara ändamålsenlig där vård efter behov är styrande, behöver beslutsfattarna känna till var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag. Den nationella uppföljningen fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, alltså hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper efter medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad. Det är även svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter och det saknas information på området.⁹⁴

Vård- och omsorgsanalys menar att den etiska plattformen bör genomsyra styrningen i hela hälso- och sjukvården – t.ex. när det gäller strategi, resursfördelning och uppföljning. Vidare bedömer myndigheten att aktörer på både statlig och regional nivå bör förhålla sig till principen om vård efter behov på ett tydligare sätt. Det kan ske genom att tydliggöra eventuella målkonflikter och att sträva efter underlag som kan belysa hur väl hälso- och sjukvården uppfyller principen.⁹⁵

I rapporten tar Vård- och omsorgsanalys upp att det kan behövas en översyn av den etiska plattformen, bl.a. mot bakgrund av att omfattningen av privatfinansierad vård har ökat, se mer därom nedan i kapitel 8.6.

⁹³ Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12.

⁹⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12 f.

⁹⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 13 f.

8.6 Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen

Ett flertal statliga utredningar, myndigheter och andra aktörer har påtalat behovet av att se över den etiska plattformen av delvis olika anledningar. I det följande redogörs för några av dem.

Vård- och omsorgsanalys skriver i rapporten *Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar* att myndigheten rekommenderar att regeringen överväger om det finns behov av att göra en översyn av den etiska plattformen. Bakgrunden till denna rekommendation är att myndigheten har sett att det kan finnas vissa svårigheter att tillämpa den etiska plattformen i praktiken. Vård- och omsorgsanalys påtalar också att sedan den etiska plattformen beslutades har hälso- och sjukvården utvecklats på flera sätt. Exempelvis har det skett en snabb medicinteknisk utveckling och det har skett förändringar i befolkningens förväntningar och efterfrågan. Även omfattningen av privatfinansierad vård har ökat. Vård- och omsorgsanalys menar därmed att det finns behov av att se över hur plattformen står sig i förhållande till hur hälso- och sjukvården ser ut i dag. Det kan också finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den.⁹⁶

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har i betänkandet *Digifyfiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42) tagit upp att det bör göras en översyn över hur den etiska plattformen förhåller sig till utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård och till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården.⁹⁷

Prioriteringscentrum har argumentaret för att det finns goda grunder för en översyn i form av en statlig utredning av den etiska plattformen bland annat utifrån de många tolkningssvårigheter som redovisats i rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*⁹⁸

Läkemedelsutredningen skriver att tillämpningen av den värdebaserade prissättningen har blottlagt ett antal konflikter utifrån den etiska plattformen, t.ex. huruvida principerna är rangordnade eller

⁹⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 16. och 139.

⁹⁷ SOU 2019:42, s. 517 f.

⁹⁸ Prioriteringscentrum 2015:3.

inte. Läkemedelsutredningen föreslår att detta ska hanteras i en separat, parlamentarisk, utredning.⁹⁹

Timbro har i en nyligen lanserad rapport skrivit att den etiska plattformen behöver ses över och moderniseras.¹⁰⁰

Nämnas kan även det arbete som har påbörjats i den Nationella expertgruppen för horisontella prioriteringar inom ramen för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, där uppdraget är att utveckla horisontella prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det arbetet beräknas pågå till åtminstone 2022.¹⁰¹

8.7 Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen

Väntetider och vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen och prioriteringar inom vården har varit uppe till diskussion vid flera tillfällen. Dessa diskussioner har en nära koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. En privat vårdgivare kan nämligen ha flera olika avtal med olika villkor kring patientens väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin avser endast den offentligfinansierade vården men i avtalen mellan vårdgivaren och försäkringsbolagen anges också tidsgränser.

I det följande ges en kort sammanfattning av diskussionerna rörande vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11.4.2 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

Väntetider till vård har funnits länge i den offentligfinansierade vården. 1958 lyftes problemet i utredningen *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena* (SOU 1958:15). På 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen om långa väntetider till vården och 1981 publicerade myndigheten en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål.¹⁰²

Den första vårdgarantin kom 1992. Staten och dåvarande Landstingsförbundet enades om att åtgärder med särskilt långa väntetider skulle omfattas av vårdgarantin. Tolv åtgärder ingick i garantin varav tio var operationer. Dessa operationer omfattade cirka 20 procent av

⁹⁹ SOU 2018:89, s. 370.

¹⁰⁰ Timbro (2021), s. 36.

¹⁰¹ För mer information se t.ex. <https://liu.se/artikel/prioc-nationell-expertgrupp>

¹⁰² Prop. 2017/18:83, s. 24.

det totala antalet operationer. Landstingen fick extra statsbidrag för att genomföra garantin där patienter som omfattades av garantin skulle erbjudas behandling inom tre månader eller vård hos en annan vårdgivare.¹⁰³

Genom prop. 2009/10:67 kom vårdgarantin att omformuleras och lagregleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Vid remitteringen av betänkandet var ett stort antal remissinstanser, bl.a. flera regioner, Statens folkhälsoinstitut och Pensionärernas Riksorganisation kritiska och befarade att vårdgarantin skulle komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngningseffekter. Många av remissinstanserna ansåg även att det borde kartläggas och följas upp hur prioriteringar i vården påverkas av en lagreglering av vårdgarantin och efterfrågade en tydligare och mer enhetlig reglering av prioriteringsarbetet i regionerna.¹⁰⁴ Regeringen uttalade följande.

Vårdgarantin är således i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att klargöra att den nuvarande vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av en patient får ta.¹⁰⁵

Vidare uttalade regeringen följande.

Som tidigare har nämnts är en förutsättning för att vårdgarantin ska gälla att nödvändiga beslut redan har fattats. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård eller att patienten har behov av en behandling. Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen.¹⁰⁶

¹⁰³ Prop. 2017/18:83, s. 24.

¹⁰⁴ Prop. 2009/10:67, s. 36 f.

¹⁰⁵ Prop. 2009/10:67, s. 39 f.

¹⁰⁶ Prop. 2009/10:67, s. 40.

Regeringen uttalade även att:

Vårdgarantin får dock inte förstås så att den uttalar hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske inom vården. Ett beslut om det måste fattas inom hälso- och sjukvården utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Däremot uttalar vårdgarantin att alla beslutade besök och behandlingar bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar. Den nuvarande vårdgarantin med dess relativt vida tidsram har utgångspunkten att det i princip aldrig kan anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till att en behandling eller ett besök bör ske utanför dessa ramar. I många fall kan det dock naturligtvis vara så att besök bör ske eller behandling sättas in betydligt snabbare än vårdgarantins yttre tidsramar.¹⁰⁷

Genom prop. 2017/18:83 förändrades vårdgarantin på så sätt att den inte längre endast omfattade läkarbesök utan att den enskilde i stället garanterades att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. I propositionen uttalade regeringen att ”det är viktigt att påpeka att vårdgarantin reglerar väntetider” och att ”vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga utan i stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, besök eller behandling.”¹⁰⁸

Även i samband med denna ändring var flera remissinstanser kritiska och ifrågasatte om vårdgarantin är förenlig med den etiska plattformen. Svenska Läkaresällskapet avstyrkte förslaget om en förstärkt vårdgaranti och uttalade följande. ”Problemet med vårdgarantin är i grunden att den inte rimmar med den etiska plattformen. Det är inte de medicinska behoven som värderas utan tid används som en mekanisk prioriteringsmekanism. Svårare sjuka riskerar trängas undan av den friskare befolkningens mer tillfälliga behov och efterfrågan av snabb tillgänglighet.” Liknande synpunkter hade även Sveriges läkarförbund.¹⁰⁹

Som svar på kritiken uttalade regeringen att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer, och att den med störst behov ska ges företräde till vården. Regeringen uttalade också att det är rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen.¹¹⁰

¹⁰⁷ Prop. 2009/10:67, s. 40.

¹⁰⁸ Prop. 2017/18:83, s. 26.

¹⁰⁹ Prop. 2017/18:83, s. 29 f.

¹¹⁰ Prop. 2017/18:83, s. 32.

Det har utifrån tidigare studier konstaterats att det har funnits vissa tecken på undanträngning kopplade till vårdgarantin.¹¹¹ I en ESO-rapport från 2010 redovisades exempelvis en undersökning som visade att många ortopedier ansåg att vårdgarantin tvingade dem att frånga principerna om vård efter behov.¹¹² Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys senare betonat att vårdgarantin är fullt möjlig att förena med medicinska prioriteringar, och inte per definition behöver innebära undanträngning. Myndigheten uttalade att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med rimliga väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.¹¹³ Se även resonemang om undanträngning i kapitel 11.4 i betänkandet.

IVO resonerar om vårdgarantin i rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.¹¹⁴ IVO skriver att det kan konstateras att vårdgarantin utgör en ram för en tidsmässig tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som dock är sekundär i förhållande till de etiska principerna och prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården.

Tillgänglighetsdelegationen skriver i sitt delbetänkande SOU 2021:59 att hälso- och sjukvården måste balansera mellan att vara tillgänglig för patienter och befolkningen och att säkerställa att den som har det största behovet prioriteras. Eftersom ett ökat utbud av hälso- och sjukvård kan medföra ökad efterfrågan, även om de medicinska behoven är konstanta, anser en del att väntetider också är ett medel för att säkerställa att vård ges efter behov. Tillgänglighetsdelegationen beskriver att det vid dialogmöten och andra möten med vårdens professioner tydligt har framkommit ett ifrågasättande av om vården i dag är jämlik utifrån behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen anser att en viss kö är acceptabel utifrån att de med störst behov bör hanteras först men ifrågasätter om de framväxande digitala läkarbesöken överensstämmer med behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen ifrågasätter också om vårdvalet för specialiserad vård i storstäder har rubbat behovs-solidaritetsprincipen i glesbygd genom att specialistkompetens koncentreras till storstäderna. För att vårdens professioner på allvar ska ta sig an de över-

¹¹¹ Vård- och omsorgsanalys 2014:3.

¹¹² Winblad och Andersson 2010:09, s. 18.

¹¹³ Vård- och omsorgsanalys 2015:5 och Vård- och omsorgsanalys 2017:6.

¹¹⁴ IVO 2021-7, s. 48.

gripande tillgänglighetsproblemen menar delegationen att det är viktigt att behovs-solidaritetsprincipen och medicinsk kvalitet går hand i hand med tillgänglighetsarbetet. Samtidigt kräver medborgarna snabb handläggning även av enkla åkommor och att den teknik som finns tillgänglig även används av vården. Delegationen upplever att det i dag finns en förtroendeklyfta mellan de lätt tillgängliga digitala läkarbesöken och vården för övrigt som bygger på två helt olika bilder av de sökandes behov och uttalar att ”först när bilden är ensad kan arbetet tillsammans bli långsiktigt hållbart och utvecklas”.¹¹⁵

Tillgänglighetsdelegationen har i uppdrag att utreda en förstärkt vårdgaranti som ska redovisas i slutbetänkandet i maj 2022. I direktivet anges att vårdgarantin ska ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter, oavsett vårdbehov, en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider.¹¹⁶

8.8 Slutsatser och sammanfattning

8.8.1 Det medicinska behovet ska styra

Det finns inte några specifika regler som särskilt tar sikte på privata sjukvårdsförsäkringar och relationen till den etiska plattformen som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det finns en skatterättslig reglering som avser just arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar. Beskrivningen av den förändrade förmånsbeskattningen år 2018 finns i kapitel 3.15. Reformen motiverades med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning och innehöll således inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Det anges inte i lagstiftningen hur den etiska plattformen ska tillämpas vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar. Vad gäller förarbeten kan konstateras att den etiska plattformen togs fram framför allt med sikte på den offentligfinansierade vården och i en tid av mindre privata inslag i hälso- och sjukvården, såväl privat drift som privat finansiering. De förarbeten som skrevs när den etiska plattformen infördes saknar i stort sett helt resonemang som problema-

¹¹⁵ SOU 2021:59, s. 40 f.

¹¹⁶ Dir. 2020:81.

tiserar och fördjupar diskussionen om vilka problem eller möjligheter de privata inslagen medför för den svenska sjukvården i stort.

Liknande slutsatser kan även dras vad gäller bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att den framför allt tog sikte på den offentligfinansierade vården och alltså inte den privatfinansierade vården.¹¹⁷

Behovs-solidaritetsprincipen är en del av etiska plattformen där de olika principerna är rangordnade. Vad som är tillåtet eller inte, kan uttolkas, förutom ur förarbetena, utifrån tillsynsmyndighetens praxis. Vad gäller praxis saknas dock tillsynsbeslut från IVO om privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas också vägledning från andra myndigheter. Det finns t.ex. inte några riktlinjer från Socialstyrelsen som särskilt berör de frågor som är föremål för utredningens uppdrag.

Att vården ska ges efter behov är en central utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga. Utredningen kan konstatera att 3 kap. HSL gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl för offentligfinansierad som för privatfinansierad vård. Även IVO är av denna uppfattning vilket framgår av deras förstudie.¹¹⁸ Vård- och omsorgsanalys gör också samma bedömning.¹¹⁹

Det är utredningens bedömning att en vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, ska göra en medicinsk bedömning av patienterna och vid behov kunna omprioritera för det fall hälsotillståndet försämras och det medicinska behovet ökar. I kontakter med utredningen har vårdgivarna också uppgett att de alltid först gör en medicinsk bedömning utifrån behovs-solidaritetsprincipen, samt att de har möjlighet att göra omprioriteringar om behov för det skulle uppstå.¹²⁰

Det ligger inte i utredningens uppdrag att granska de enskilda vårdgivarna för att bedöma om de följer bestämmelsen om behovs-solidaritetsprincipen. Som beskrivs i kapitel 6 ligger det inte inom denna statliga utrednings mandat att göra en medicinsk granskning och t.ex. granska journaler. Däremot kan naturligtvis IVO i sin tillsyn av enskilda aktörer bedöma om de offentligfinansierade patien-

¹¹⁷ Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

¹¹⁸ IVO förstudie (2020), s. 12.

¹¹⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 47. Se även prop. 2016/17:166.

¹²⁰ Se kapitel 6.6.1 för en närmare beskrivning.

terna utsätts för patientsäkerhetsrisker till följd av att den privata vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården eller andra bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Även regionen i egenskap av huvudman har ett ansvar för att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård, även när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare med olika väntetider i olika avtal att förhålla sig till. Utredningen kommer att lämna förslag om bättre verktyg och förutsättningar för att regionerna och IVO ska kunna ta detta ansvar och säkerställa att bestämmelserna följs. Det kommer leda till en ökad kunskap för vårdgivarna om hur regler som rör hälso- och sjukvården angående, förutom själva utförandet av vården, även finansieringen och organiseringen, ska tolkas och tillämpas.

Utredningen kan inte med ledning ur förarbeten eller praxis ange hur olika konkreta exempel förhåller sig till reglerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det är tillsynsmyndigheten IVO och domstolarna som kan avgöra och ge ledning till vårdgivarna om hur de ska agera i det enskilda fallet.

Utredningen kan konstatera att det redan i förarbetena uttalades att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet och att principen ska fungera både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.¹²¹

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten eller annan vägledning utläsa att privata sjukvårdsförsäkringar i sig skulle strida mot behovs-solidaritetsprincipen. Det gäller dock under förutsättning att vårdgivaren verkligen följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och övriga bestämmelser som gäller för vården.

¹²¹ SOU 2001:8, s. 108.

8.8.2 Olika tidsgränser för väntan på vård

Eftersom de privata sjukvårdsförsäkringar som i dagsläget används i Sverige främst är inriktade på att erbjuda korta väntetider räcker det inte att enbart bedöma om själva finansieringsformen är förenlig med behovs-solidaritetsprincipen. Även väntetider för patienterna och när vården utförs behöver analyseras i förhållande till vad som är reglerat.

Försäkringsbolagen kräver nämligen i avtalet med den privata vårdgivaren att patienten får en väntetid som oftast är kortare än vad som regleras i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren. I avtalen med försäkringsbolagen brukar det vara reglerat att vård ska ges inom cirka 3–7 arbetsdagar efter bedömt behov hos försäkringsbolaget och att operation ska ske inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. I avtalet med regionerna är det i stället reglerat att vården ska ges antingen enligt den författningsreglerade vårdgarantin eller enligt den kortare vårdgaranti som regionen har beslutat om.¹²² För regionens del är väntetiderna reglerade i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i form av en vårdgaranti. Tidsgränserna är reglerade i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). För försäkringsbolagens del finns det inte några författningsreglerade tidsgränser.

Regeringen har uttalat att den författningsreglerade vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer.¹²³ Vårdgarantin anger inte hur snart en åtgärd ska ske utan uttalar att olika vårdåtgärder ska ske *senast* inom vissa tydligt angivna tidsramar. Dessa uttalanden gäller formellt sett inte för de väntetider som försäkringsbolagen och vårdgivarna avtalar om eftersom den lagreglerade vårdgarantin inte gäller för den vården. Det finns inte några uttalanden i förarbeten eller praxis om förhållandet mellan den etiska plattformen och väntetider som inte omfattas av vårdgarantin. Utredningen anser dock att även beträffande de avtalen och de väntetiderna har behovs-solidaritetsprincipen företräde. Detta då den principen är reglerad i lag och också är ett övergripande mål för hela hälso- och sjukvården. Som konstateras i föregående avsnitt är vårdgivarna således skyldiga att alltid följa behovs-solidaritetsprincipen innan de börjar tillämpa de eventuellt olika avtalade väntetiderna.

¹²² Se t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.

¹²³ Prop. 2009/10:67, s. 40 och prop. 2017/18:83, s. 32.

Utredningen kan således inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

Utredningen kan konstatera att det har riktats kritik mot den författningsreglerade vårdgarantin som gäller för regionerna och att man har framfört att den inte rimmar med den etiska plattformen eftersom det då inte blir de medicinska behoven som styr. Det är inte en fråga som denna utredning kan utreda.¹²⁴ Liknande kritik som framförs mot den författningsreglerade vårdgarantin skulle emellertid kunna vara relevant att framföra även mot försäkringsbolagens väntetider. Som beskrivs ovan är det framför allt IVO och regionerna som kan kontrollera hur vårdgivarna i enskilda fall tillämpar väntetiderna.

Utredningen har inte heller kunnat finna att den vård som ges inom ramen för en försäkring skulle vara av bättre kvalitet än den offentligfinansierade vården. Det är något som beskrivs i direktiven. Den frågan behöver dock följas noga, se kapitel 14.

¹²⁴ Se däremot Tillgänglighetsdelegationens uppdrag, dir. 2020:81.

9 Regionernas hantering av bisysslor

9.1 Regionernas ansvar att hantera bisysslor

I detta kapitel beskriver utredningen frågor som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården, dvs. personalens uppdrag vid sidan av den ordinarie anställningen. Den typ av bisyssla som är intressant för denna utredning är när den offentliganställda som sidouppdrag arbetar hos en privat vårdgivare, t.ex. med försäkringsvård. Utredningen har undersökt vilket ansvar regionerna tar för att hantera bisysslor och hur den hanteringen kan påverka frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hälso- och sjukvården.

Utredningen vill betona att det kan finnas positiva aspekter av att de offentliganställda har en bisyssla, så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid.

Det kan dock också finnas risk för negativ påverkan i de fall de offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare. Det gäller särskilt om det förekommer otillåtna bisysslor. Det finns regler om att vissa bisysslor är otillåtna och om krav på arbetsgivaren att ha kännedom om bisysslor samt i vissa fall förbjuda dem.¹ Av en rapport från Statskontoret framkommer att otillåtna bisysslor, bl.a. arbetshindrande och konkurrerande bisysslor, förekommer oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter.² et under en längre tid har funnits en debatt om och uppmärksamhets i media olika frågor som rör offentliganställdas bisysslor i allmänhet och läkares bisysslor hos privata vårdgivare i synnerhet.³

¹ Se kapitel 3.8 för en beskrivning av bestämmelser om de offentliganställdas bisysslor.

² Statskontorets rapport *Om offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*.

³ Se t.ex. Piteå-Tidningen, 28 december 2020, Upsala Nya Tidning, 20 december 2020 och Nerikes Allehanda, 20 december 2020.

Regionerna har till utredningen beskrivit situationer där en bisyssla skulle kunna vara t.ex. arbetshindrande eller förtroendeskadlig. Det kan handla om antalet timmar som en anställd ägnar åt en bisyssla vilket kan påverka regionens förutsättningar att planera verksamheten. Vidare kan det handla om att bisysslan medför att den anställda har intressen i ett företag som anlitas av regionen och att medarbetares bisyssla kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen. En bristande regelefterlevnad med otillåtna bisysslor kan få konsekvenser för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården.

Flera regioner har anlitat externa revisionsbyråer för att granska hanteringen av bisysslor inom regionen. I detta kapitel beskrivs ett urval av de granskningar som revisionsbyråerna utfört. Liknande granskningar har även genomförts i andra regioner som i region Norrbotten 2017, region Dalarna 2016, region Gotland 2016 och region Jönköpings län 2014. Vidare beskrivs i detta kapitel två myndighetsrapporter som diskuterar frågan om bisysslor. Dessutom redovisas kortfattat viss granskning i media.

Offentliganställdas bisysslor hos privata vårdgivare kan även kopplas till diskussionen om att vårdens personalresurser är begränsade och till diskussioner om s.k. konkurrens om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare. I kapitel 11.3.1. diskuteras hur kapaciteten hos de olika arbetsgivarna kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Offentliga och privata arbetsgivarnas kapacitet att producera vård kan också påverkas av hur regionerna hanterar bisysslor.

9.1.1 KPMG:s granskning av Västra götalsregionen

KPMG har 2017 granskat bisysslor i Västra Götalandsregionen.⁴ Uppdraget var att granska följsamhet till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. KPMG valde ut tolv privata vårdgivare och undersökte om regionanställda fanns angivna som anställda på respektive vårdgivares hemsida. Totalt fanns det 148 anställda hos de externa vårdgivarna och KPMG kunde då finna 29 läkare som var anställda samtidigt som de var anställda vid regionen. Endast tre av de 29 läkarna hade anställningen anmäld och godkänd som bisyssla.

⁴ Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen, 2017.

KPMG fann även brister i regionernas uppföljning och dokumentation kring hantering av bisysslor. Det har handlat om att chefer inte har dokumenterat när en otillåten bisyssla upptäckts.

KPMG uppmärksammade även att få otillåtna bisysslor identifierats och att inga dokumenterade förfrågningar om bisysslor från läkare har nekats. KPMG tog även upp att i flera av de enheter inom regionen som granskats finns en rädsla att läkare ska sluta om möjligheten till bisyssla inskränks för mycket. KPMG betonade att de enheter som upplever detta starkast verkar inom specialistområden med mycket stor konkurrens om läkarna.

9.1.2 PWC:s granskning av region Gävleborg

PWC har 2019 genomfört en granskning av intern kontroll i hantering av bisysslor i region Gävleborg.⁵ Granskningen avsåg hela regionen och således inte bara sjukvårdspersonal. Granskningen var även särskilt inriktad på att granska om det gjorts utbetalningar till de juridiska personer där regionanställda haft olika intressen som styrelseledamot eller suppleant. I granskningen kunde inga sådana utbetalningar identifieras som bedömts som förtroendeskadliga.

Vad gäller regelefterlevnad konstaterade PWC följande. De styrande dokumenten anses vara i hög grad kända hos chefer vilket även verifieras av en enkätundersökning. Trots det är efterlevnaden till regelverket mycket låg. PWC bedömer att informationen om de anställdas bisysslor torde vara känd inom respektive enhet utifrån att en större andel av cheferna anger att de inhämtat information kring huruvida medarbetare har bisyssla eller inte. PWC konstaterar att det kan finnas brister i efterlevnaden kopplade till arkivering av blanketten för anmälan om bisysslor.

9.1.3 Internrevision i Region Värmland

Region Värmland har tagit fram en granskningsrapport gjord av internrevisorerna i september 2019.⁶ I rapporten hänvisades till den riktlinje om bisysslor som finns i regionen. Där konstaterades att i takt med att regionens verksamhet blir alltmer konkurrensutsatt

⁵ Revisionsrapport *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, 2019.

⁶ Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, 2019.

ökar behovet av att uppmärksamma lojalitetsfrågorna och att undvika varje misstanke från allmänhetens sida att det är andra faktorer än det medicinska behovet som påverkar t.ex. kötider, remisshantering och behandlingsinsatser. I rapporten angavs att sidoverksamhet för läkare, tandläkare, psykologer, sjukgymnaster med flera yrkesgrupper måste ifrågasättas, såvida verksamheten inte får anses ligga i regionens intresse utifrån totalansvar för planering av hälso- och sjukvården i länet. I samband med granskningen genomfördes en enkätundersökning. Där hade cirka 32 procent av cheferna svarat att de efterlevde riktlinjen vad gäller chefernas ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor.

I den genomförda enkäten fanns möjlighet för respondenterna att lämna kommentarer i fritext. Av kommentarerna kunde bl.a. utläsas att enkäten av flera chefer sågs som en "väckarklocka" när det gäller chefers ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor. Av den genomförda enkäten framgick också att det var relativt låg följsamhet till riktlinjen vad gäller att informera medarbetare om regelverket kring bisysslor. Cirka 62 procent av cheferna uppgav att de givit sådan information vid arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal. I granskningen framkom att det inte sker någon övergripande systematisk uppföljning av chefernas eventuella bisysslor. Av riktlinjen följer att samtliga chefer ska anmäla bisyssla till överordnad chef som ska bedöma och avgöra lämpligheten.

9.1.4 PWC:s granskning av region Västmanland

PWC har 2017 granskat om region Västmanland hanterar bisysslor i enlighet med gällande regelverk och regionens riktlinje/policy med tillräcklig intern kontroll.⁷ Granskningen omfattade regionstyrelsen där förvaltningarna Västmanlands sjukhus, Primärvård, Psykiatri och habiliteringsverksamhet, Verksamhets- och ledningsstöd och Regionstyrelsen ingick. Den sammanfattande bedömningen var att den interna kontrollen avseende hanteringen av anställdas bisysslor inte är tillräcklig inom regionstyrelsen. Det konstaterades bl.a. att mindre än hälften av de 25 erhållna bisyssleblanketterna är korrekt ifyllda med samtlig efterfrågad information. Av 18 anmälda bisysslor stämmer 16 överens med registrerat engagemang. Riktlinjerna är till

⁷ Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, 2017.

stor del kända bland förvaltningarnas chefer men var femte chef kände inte till instruktionen för bedömningen av bisyssla.

När Västmanlands sjukhus granskades särskilt, fann utredarna att det endast var 11 medarbetare av 4 000 anställda som hade anmält och fått sin bisyssla godkänd år 2016. Sammanställningen som skulle göras årligen hade enligt intervjuer gjorts vartannat år.

9.1.5 PWC:s granskning av region Skåne

PWC har 2019 granskat region Skånes arbete med bisysslor.⁸ Där framkom bl.a. att hanteringen av anställdas bisysslor delvis sker på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande beslut, riktlinjer och rutiner. Det finns riktlinjer och tillämpningsanvisningar men de behöver uppdateras, revideras och harmoniseras avseende bl.a. uppföljning, kontroller och dokumentation av anställdas bisysslor. En stickprovsgranskning visade att det fanns brister kring hantering och förvaring av dokumentation kring anställdas bisysslor.

I granskningen uppmärksammades att bedömningen av bisysslor skiljer sig åt inom regionen. Exempelvis tillåts regelmässigt att arbeta som nätläkare i förvaltningen för Skånes sjukhus nordost så länge patienter från region Skåne inte behandlas. Inom förvaltningen för Skånes sjukhus nordväst däremot avslås alltid bisyssla i form av digitala läkartjänster.

PWC gjorde bedömningen att det i de flesta fall inte finns någon spårbar dokumentation på individnivå över anställdas bisysslor och att det leder till att det finns en risk att bisysslor inte bedöms på ett likartat sätt.

Sammantaget gjorde PWC bedömningen att den interna kontrollen inom regionen är otillräcklig. Bedömningen grundade sig på att det inte finns något systematiskt samlat sätt att dokumentera anställdas bisysslor och att det inte finns uppgifter om hur många bisysslor som de anställda inom Region Skåne har totalt. Vid flera verksamheter inom region Skåne gick det inte att få fram uppgifter om hur många som hade en godkänd bisyssla vid ett givet tillfälle. Det utfördes inte heller tillräckliga kontroller inom det systematiska internkontrollarbetet avseende bisysslor.

⁸ Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, 2019.

9.1.6 Statskontorets rapport om bisysslor

I Statskontorets rapport om bisysslor från 2019 lämnas ett flertal iakttagelser om hur hanteringen av bisysslor fungerar i myndigheter, kommuner och regioner.⁹ Det tas upp att det har blivit något vanligare att kommuner och regioner har riktlinjer om bisysslor men att de inte alltid omfattar de kommunala bolagen. Vidare tas upp att arbetsgivarna anser att regelverket är svårt att tolka och efterfrågar därför mer vägledning. Flertalet arbetsgivare lever upp till sin informationsplikt genom att informera nyanställda om vilka regler som gäller för bisysslor. Det har blivit vanligare att arbetsgivare i kommuner och regioner ställer frågor om anställdas bisysslor. Var femte kommun ställer dock inga frågor alls. En förklaring till detta kan vara att vissa arbetsgivare utgår från att arbetstagarna ska lämna uppgifterna på eget initiativ. En annan förklaring är att det av integritetsskäl kan uppfattas som känsligt att ställa den typen av frågor.

I rapporten beskrivs att flertalet myndigheter, kommuner och regioner dokumenterar anställdas bisysslor, men färre gör centrala sammanställningar över bisysslorna. Ett skäl till detta är att regelverket för behandling av personuppgifter uppfattas som komplicerat. Vissa arbetsgivare anser också att det är tidskrävande och tekniskt komplicerat att få till sökbara centrala sammanställningar.

Enligt rapporten kontrollerar kommuner och regioner sällan sina anställdas bisysslor och myndigheter gör det än mer sällan. Detta kan tolkas som att offentliga arbetsgivare inte anser att behovet av att kontrollera uppväger den tid och de resurser som skulle krävas för att genomföra kontrollerna. Att vissa kommuner och regioner inte regelbundet frågar sina anställda om deras bisysslor kan också bero på att det uppfattas som känsligt eller besvärligt att göra detta. Chefer kan tycka att det är obehagligt att ställa, vad som kan uppfattas som integritetskränkande, frågor om den anställdas aktiviteter utanför arbetet. Arbetstagare kan också anse att det inte angår arbetsgivaren.

Statskontoret tar även upp hälso- och sjukvården specifikt och konstaterar då följande.

Av våra intervjuer framgår att arbetshindrande och konkurrerande bisysslor aktualiseras oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter. Till detta bidrar det fria vårdvalet som ökar

⁹ Statskontoret (2019).

möjligheterna för främst läkare och sjuksköterskor att arbeta privat på sin lediga tid. Läkarnas jour- och beredskapsavtal gör också att de har mycket ledig tid att ta ut. Tid som de ibland använder för att arbeta privat. Hur man ser på att anställda arbetar privat på sin lediga tid skiljer sig mycket mellan regionerna, enligt flera av våra intervjupersoner.¹⁰

9.1.7 Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal

I en rapport från 2020 belyser Konkurrensverket några aspekter av regionernas hantering av bisysslor.¹¹ Konkurrensverket tar upp att många läkare som är anställda av regionerna också är egenföretagare och arbetar som hyrläkare som bisyssla på sin lediga tid.

I rapporten anges att regionerna inte tillåter att läkare som är anställda av regionen arbetar som hyrläkare i samma region då det ses som en konkurrerande bisyssla. Vanligen finns det dock inget som hindrar att en läkare arbetar som hyrläkare i en annan region. Inhyrd personal omfattas inte av upphandlande myndigheters arbetsgivaransvar eftersom de inte är anställda där.

Konkurrensverket lämnar även en rekommendation till regionerna, nämligen följande.

Regionerna bör skaffa sig kunskap om de bisysslor som kan konkurrera med arbetsgivarens verksamhet eller är arbetshindrande. En region som inte känner till sina anställdas bisysslor har även sämre möjligheter att organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt och undvika jäv och intressekonflikter som kan tänkas uppstå när regionen upphandlar.¹²

9.1.8 Granskningar i media

Piteå-Tidningen publicerade i december 2020 en artikel om bisysslehanteringen i region Norrbotten under år 2019.¹³ Av artikeln framgår att 746 anställda hos region Norrbotten totalt hade 900 bolagsengagemang registrerade hos Bolagsverket. Av dessa personer fanns endast 109 i regionens lista över anmälda bisysslor 2019.

¹⁰ Statskontoret (2019), s. 33.

¹¹ Konkurrensverket 2020:4.

¹² Konkurrensverket 2020:4, s. 10 f.

¹³ Piteå-Tidningen, 28 december 2020.

Även enskilda fall av bisysslor där lämpligheten har ifrågasatts har uppmärksamats, exempelvis av Upsala Nya Tidning i december 2020¹⁴ och Nerikes Allehanda i december 2020¹⁵.

9.2 Slutsatser och sammanfattning

Utifrån den beskrivning som har lämnats i detta kapitel kan utredningen konstatera att det förekommer oanmälda bisysslor beträffande sjukvårdspersonalen i flera regioner och att kritik mot detta har framförts flera gånger. Det visar bl.a. de granskningsrapporter och tidningsartiklar som har tagits upp ovan. Utredningen har dock inte undersökt alla regioner eller all hantering av alla bisysslor. Det kan därför förekomma regioner helt utan problem med underrapportering av bisysslor. Utredningen kan inte heller säga något om huruvida de bisysslor som inte har rapporterats är otillåtna eller av andra skäl problematiska.

Utredningen har undersökt vilka typer av stöddokument som har tagits fram som handlar om bisysslor och som särskilt har en koppling till hälso- och sjukvårdssektorn. Utredningen kan då konstatera att Arbetsgivarverket har ett allmänt stöddokument om bisysslor för arbetsgivare från 2012. Vidare har SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.¹⁶ De dokumenten är dock inte inriktade på hälso- och sjukvårdssektorn. Vissa regioner har emellertid tagit fram sådana stöddokument, vilket redogjorts för i kapitel 3.

Utredningens uppdrag handlar om att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar inte ska ha en negativ påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. Bisysslor och frågan om de är förtroendeskadliga, arbetshindrande och konkurrerande är därför av intresse. Hälso- och sjukvårdspersonalens bisysslor hos privata vårdgivare skulle potentiellt kunna påverka den offentligt drivna vården menligt och även påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Samtidigt finns det positiva konsekvenser av att offentliganställda kan ha bisysslor hos privata vårdgivare.

¹⁴ Upsala Nya Tidning, 20 december 2020.

¹⁵ Nerikes Allehanda, 20 december 2020.

¹⁶ Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

10 Internationell utblick

10.1 Inledning

I detta kapitel finns en beskrivning av utredningens internationella utblick över utvalda länder. Utblicken avser s.k. frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i varierande grad i alla OECD-länder.¹ Utredningen har valt att i utblicken inkludera fyra länder med hälso- och sjukvårdsvårdssystem som har likheter med det svenska, nämligen Norge, Finland, Danmark och Kanada. Länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem med i huvudsakligen offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras framför allt via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas. Kanada inkluderades också därför att det där, till skillnad från i Sverige, finns regleringar m.m. som på olika sätt begränsar hur hälso- och sjukvård får betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.

Syftet med den internationella utblicken har varit att studera skillnader och likheter mellan länderna avseende förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar, för att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Ytterligare aspekter som berörs i kapitlet avser utvecklingen av antalet försäkringar över tid, identifierade rapporter och studier där konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar har analyserats, samt samhällsdebatten om privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land.

I detta kapitel beskrivs först vilken metod som har använts för att göra den internationell utblicken. Därefter beskrivs resultaten för de länder som har undersökts. Det finns ett särskilt avsnitt som kort

¹ Anell (2020), s. 110. Ordet frivilliga används här för att förtydliga att det är just de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna som avses, oaktat att det i vissa OECD-länder också förekommer obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som huvudsaklig finansieringsmodell för hälso- och sjukvården.

beskriver privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än de särskilt undersökta. Kapitlet avslutas med en sammanfattning samt utredningens slutsatser.

I texterna nedan återkommer vissa begrepp som redan har förklarats i kapitel 2, 5 och 6. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste begreppen.

- *Gruppförsäkring respektive individuellt tecknad försäkring:* En gruppförsäkring upphandlas av t.ex. en arbetsgivare, ett fackförbund, en idrottsförening etc. och erbjuds samtliga anställda/medlemmar. En individuellt tecknad försäkring tecknas av individen själv.
- *Hushållens utgifter ur egen ficka:* Avser kontanta betalningar för hälso- och sjukvård, t.ex. patientavgifter, kostnader för läkemedel etc.
- *Komplementär respektive supplementär försäkring:* En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

10.2 Utredningens metod för utblicken

Den internationella utblicken är översiktlig och har genomförts med utgångspunkt i publikt tillgängliga data samt utvalda artiklar och rapporter om förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge, Finland, Danmark och Kanada.

Relevanta artiklar och rapporter har identifierats med hjälp av bl.a. utredningens expertgrupp. För Norge, Finland och Danmark har statistik över förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar hämtats från branschorganisationer i respektive land. Beskrivningen av privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada utgår huvudsakligen från en bok publicerad 2020 av European Observatory on Health Systems and Policies. Denna bok ligger också till grund för kapitel 10.7.

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen och European Observatory on Health

Systems and Policies på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.²

10.3 Norge

10.3.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Norge finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (85,3 procent år 2018). Alla invånare omfattas av den offentligfinansierade vården, som innefattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård, tandvård till barn under 18 år och vissa prioriterade grupper samt vissa receptbelagda läkemedel. Tandvård för vuxna och icke-medicinsk ögonvård är exempel på tjänster som inte omfattas.³ Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (14,3 procent år 2018).⁴ Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för 0,4 procent av kostnaderna i hälso- och sjukvården.⁵

Organisering av hälso- och sjukvården

Primärvården organiseras kommunalt medan sjukhus och annan specialistvård har ett statligt huvudmannaskap.⁶ Det statliga huvudmannaskapet är i praktiken organiserat i fyra regionala hälsovårdsmyndigheter.⁷

² Seminariet var upplagt på så vis att en introduktion till privata sjukvårdsförsäkringar gjordes av Sarah Thomson och att Joakim Ramsberg från Vård- och omsorgsanalys informerade om den svenska kontexten. Därefter informerade tre experter (Sara Allin, Steve Thomas och Liina-Kaisa Tynkkynen) om hur det ser ut i Kanada, Irland respektive Finland. Sedan blev det en dialog utifrån de frågeställningar som kom upp på seminariet.

³ European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff., WHO (2018) och Commonwealth fund, Norge.

⁴ European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff. och WHO (2018).

⁵ Sperre Saunes et al. (2020), s. 54.

⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 40 och 81 ff.

⁷ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

10.3.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Norge har 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring,⁸ vilket motsvarar cirka 12 procent av befolkningen.⁹ Mätt i procent är privata sjukvårdsförsäkringar därmed nästan dubbelt så vanligt i Norge som i Sverige, där cirka 6,5 procent av invånarna har en privat sjukvårdsförsäkring. Majoriteten, 90 procent, av försäkringarna är gruppförsäkringar via arbetsgivare.¹⁰

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Majoriteten av de privata sjukvårdsförsäkringarna är av suppletär karaktär och erbjuder korta väntetider till vård, ofta genom privata vårdgivare. Försäkringarna omfattar planerad vård men inte akut vård.¹¹

En majoritet (90 procent) av behandlingarna som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna genomförs av fysioterapeuter, kiropraktorer eller specialistläkare.¹² Tandvård omfattas generellt inte av sjukvårdsförsäkringarna.¹³

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

År 2003 infördes skattebefrielse för privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivare. År 2006 blev dessa dock åter skattepliktiga.¹⁴ Gruppförsäkringar som arbetsgivaren betalar betraktas således i dag som löneförmåner som ska beskattas. Vissa typer av tjänster är dock fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador.¹⁵ Utredningen har inte kunnat finna någon

⁸ Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.

⁹ Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet*.

¹⁰ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

¹¹ European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 105 ff och Sperre Saunes et al. (2020), s. 69.

¹² Finans Norge *Behandlingsforsikring*.

¹³ Vid jämförelse av försäkringsvillkor hos If, Storebrand & Tryg. If, *Information vedr. Vilkårstekster*, Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikringsvilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* och Tryg, *Behandlingsforsikring Dekningsvilkår*.

¹⁴ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

¹⁵ Grøndahl (2021).

särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet invånare med en privat sjukvårdsförsäkring ökade från drygt 33 000 till nära 340 000 mellan åren 2003 och 2011.¹⁶ Sedan dess har antalet nästan fördubblats fram till 2020.¹⁷ Utvecklingen har enligt Tynkkynen et al. främst drivits av observerade brister i det offentliga systemet (särskilt långa väntetider), politik (t.ex. skattebefrielsen 2003–2006) och försäkringsbolagens kraftiga marknadsföring.¹⁸

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Helsedirektoratet har finansierat en sammanställning om förekomst och möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge. Sammanställningen genomfördes av en forskare vid Oslo universitet som 2018 publicerade resultatet i en rapport, där både möjliga för- och nackdelar för den offentligfinansierade vården lyftes fram.¹⁹ En slutsats från rapporten är att det är troligt att privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till att öka olikheter i väntetider till viss specialistvård i landet. Däremot dras inga slutsatser om att privata sjukvårdsförsäkringar har lett till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården.

I forskningsstudier där privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro studerats har man inte kunnat påvisa att sjukskrivningar minskar till följd av sjukvårdsförsäkringar.²⁰

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar har skapat viss debatt i Norge. Exempelvis har Bent Høie, Norges hälso- och omsorgsminister, uttryckt en oro för att privata sjukvårdsförsäkringar ska underminera det

¹⁶ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

¹⁷ Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.

¹⁸ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

¹⁹ Grepperud (2018).

²⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.

offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.²¹ Även andra politiker och forskare har uttryckt en skepsis mot de privata sjukvårdsförsäkringarna, samtidigt som representanter för försäkringsbolag beskriver att de skapar värde för många företag och anställda.²² En av de risker som lyfts i debatten är att hälso- och sjukvårdssystemet blir tudelat och att den personliga ekonomin har betydelse för hur god vård man får.²³

10.4 Finland

10.4.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Finansiering av hälso- och sjukvården

Vården finansieras i huvudsak genom skatteintäkter på lokal eller regional nivå (78,6 procent år 2018).²⁴ Socialförsäkringen, som innefattar en offentlig sjukvårdsförsäkring, omfattar näst intill alla permanent bosatta i Finland.²⁵ Denna ersätter en del av kostnaderna även för privat vård.²⁶ Företagshälsovården finansieras förutom genom offentliga medel även till cirka 50 procent av arbetsgivarna.²⁷ Hushållens utgifter ur egen ficka utgör (för år 2018) cirka 18,4 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna och de privata sjukvårdsförsäkringarnas kostnader utgör cirka 1,95 procent.²⁸

Organisering av hälso- och sjukvården

Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat. Det primära ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på cirka 300 kommuner som ansvarar för finansieringen av både primärvård och specialiserad vård.²⁹ Utöver den offentliga kommunala hälso- och sjukvården finns även företagshälsovård samt en privat hälso- och sjukvård. Företagshälsovården förser en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder

²¹ Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.

²² NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, 2017-07-20.

²³ Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.

²⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81–85 och WHO (2018).

²⁵ Tuorila (2019).

²⁶ Valtonen et al. (2014).

²⁷ Valtonen et al. (2014). För beskrivning av företagshälsovården i Sverige, se kapitel 5.

²⁸ WHO (2018).

²⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.

med primärvårdstjänster. Den privata hälso- och sjukvården omfattar både primärvård, specialistvård och tandvård.³⁰

10.4.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I juni 2020 hade 24 procent av finländarna en privat sjukvårdsförsäkring, att jämföra med 6,5 procent i Sverige. Majoriteten, 79 procent, av dessa var individuellt tecknade försäkringar.³¹ Vanligast är privata sjukvårdsförsäkringar bland barnfamiljer. Av barnfamiljer med två vårdnadshavare har knappt hälften en privat sjukvårdsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringarna är också vanligare bland hushåll med högre inkomst (30 procent av hushållen i högsta femtedelen jämfört med 8 procent i lägsta femtedelen).³²

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

De flesta sjukvårdsförsäkringar i Finland är kombinationsförsäkringar, som alltså omfattar såväl supplementära som komplementära inslag.³³ De omfattar undersöknings- och vårdkostnader, kostnader för sjukhusinläggning samt kostnader för ordinerade läkemedel.³⁴ Försäkringarna ger också ofta korta väntetider till vård.³⁵

Därutöver finns en ny s.k. ”lågtröskel”-hälsoförsäkring som endast omfattar kostnader för undersökning på grund av sjukdom eller skada, men inte kostnader för vård, fysioterapi, läkemedel, sjukhusinläggningar eller hälsoundersökningar.³⁶

Många av försäkringsbolagen samarbetar med specifika privata vårdgivare. Ett av bolagen har ett eget sjukhusnätverk. Övriga samarbetar med en/flera privata vårdgivare/vårdkoncerner genom partnerskap. Vårdkontakter med övriga vårdgivare omfattas ofta inte av försäkringen.³⁷ I praktiken fungerar privata sjukvårdsförsäkringar

³⁰ Valtonen et al. (2014).

³¹ Finanssiala (2020) och Finanssiala (2021).

³² Kajantie (2019).

³³ Se redogörelser för försäkringarnas innehåll i t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 84 och Keskimäki et al. (2019), s. 69 f.

³⁴ FINE (2019).

³⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.

³⁶ Tuorila (2019).

³⁷ Tuorila (2019).

ofta som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.³⁸

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagens verksamhet regleras bl.a. genom lagen om försäkringsavtal och lagen om försäkringsdistribution.³⁹ Skatteplikten för en förmån som fås genom en sjukvårdsförsäkring bedöms enligt bestämmelsen om företagshälsovård i inkomstskattelagen. I de fall arbetsgivaren står för sjukvårdsförsäkringen kan den utgöra en skattefri förmån beroende på bl.a. försäkringsskyddets omfattning, beloppet av försäkringspremien och ersättningsens maximibelopp.⁴⁰ Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet finländare med privat sjukvårdsförsäkring har ökat med 50 procent sedan 2009.⁴¹ De viktigaste orsakerna för att teckna en privat sjukvårdsförsäkring anges vara att få korta väntetider till hälso- och sjukvårdstjänster, ett bredare utbud av tjänster, en syn på att de privata tjänsterna har en högre kvalitet samt ett uttalat önskemål om att använda privata tjänster.⁴² Låg tillgänglighet till primärvården har även lyfts fram som en bidragande orsak.⁴³

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Folkpensionsanstalten i Finland studerade år 2014 privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på användningen av hälso- och sjukvårdstjänster. Studien visade ett ökat utnyttjande av privata tjänster bland både barn och vuxna med individuellt tecknad sjukvårdsförsäkring. Bland vuxna med individuellt tecknad försäkring minskade utnytt-

³⁸ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

³⁹ Tuorila (2019).

⁴⁰ Skatteförvaltningen/Verohallinto (2017).

⁴¹ Finanssiala (2020).

⁴² Valtonen et al. (2014).

⁴³ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

jandet av offentliga tjänster, men inte bland barn. Gruppförsäkringar påverkade inte användningen av hälso- och sjukvårdstjänster.⁴⁴

Trots att antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat kraftigt, har antalet privata läkarbesök mellan år 2000 och år 2017 inte ökat med mer än 10 procent. Däremot har antalet privata remisser för vård och/eller undersökningar ökat kraftigt, med cirka 50 procent.⁴⁵

Konkurrens- och konsumentverket i Finland lyfter risken för bl.a. en ökad ojämlikhet bland invånarna. Om detta kan ses i praktiken har dock inte studerats.⁴⁶

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det har inte varit någon stor offentlig debatt i Finland om privata sjukvårdsförsäkringar. Den debatt som har förekommit har i huvudsak handlat om upplevda problem med den offentliga hälso- och sjukvården.⁴⁷ Medierapporteringen har huvudsakligen handlat om den försäkrades perspektiv.⁴⁸

10.5 Danmark

10.5.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (83,9 procent år 2018).⁴⁹ Offentligt finansierad vård omfattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård och långtidsvård samt tandvård till barn under 18 år. För receptbelagd medicin finns ett högkostnadsskydd likt det i Sverige.⁵⁰ Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (13,8 procent år 2018). Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2018 för cirka 2,3 procent av kostnaderna.⁵¹

⁴⁴ Valtonen et al. (2014).

⁴⁵ Kajantie (2019).

⁴⁶ Valtonen et al. (2014).

⁴⁷ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

⁴⁸ Tuorila (2019).

⁴⁹ WHO (2018).

⁵⁰ Commonwealth fund, Danmark.

⁵¹ WHO (2018).

Organisering av hälso- och sjukvården

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är förhållandevis decentraliserat. Fem regioner har det huvudsakliga ansvaret för att finansiera samt organisera specialiserad vård respektive primärvård.

Danmark har 98 kommuner och dessa ansvarar bl.a. för drift av äldreomsorg, viss tandvård, hälsofrämjande arbete, rehabilitering samt ett flertal olika sociala tjänster.

På samma sätt som i Sverige är primärvården en första instans för patienter som söker sig till hälso- och sjukvården. Även strukturen för sjukhusvården liknar i stort den svenska.⁵²

10.5.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Danmark är privata sjukvårdsförsäkringar vanligare än i övriga nordiska länder. 2,15 miljoner invånare hade 2019 en supplementär sjukvårdsförsäkring,⁵³ vilket motsvarar cirka 37 procent av invånarna.⁵⁴ Omkring 44 procent av invånarna hade samma år en komplementär privat sjukvårdsförsäkring.⁵⁵ Hur stor andel av befolkningen som har en av de två försäkringstyperna eller som har båda har utredningen inte hittat några uppgifter om. I Sverige är det cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring vilket motsvarar cirka 6,5 procent av invånarna.

Den stora majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna är gruppförsäkringar som erbjuds som en förmån via arbetsgivare. Dessa kan omfatta såväl den anställda som dennes barn och samboende. Enligt branschorganisationen Försikring & Pension är 79 procent primära försäkringstagare med en arbetsgivarbetald grupp-försäkring, 18 procent är medförsäkrade barn och samboende och enbart 3 procent har en individuellt tecknad försäkring.⁵⁶

⁵² Commonwealth fund, Danmark.

⁵³ Försikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.

⁵⁴ Eurostat. *Population on 1 January by age and sex*.

⁵⁵ Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*.

⁵⁶ Försikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

I de supplementära sjukvårdsförsäkringarna ingår ofta väntetidsgarantier som ger korta väntetider till specialistvård, utredning, vård och behandling vid privata sjukhus, fysioterapi, kiropraktorbesök samt hälsoundersökningar.⁵⁷ Under 2019 var de två största ersättningsposterna operationer (46 procent) samt fysioterapi, kiropraktor och liknande tjänster (33 procent).⁵⁸

Den icke vinstdrivande försäkringsgivaren *Sygeforsikringen "danmark"* dominerar marknaden för komplementära sjukvårdsförsäkringar. Försäkringsgivaren har olika försäkringsplaner, där den populäraste täcker vissa kostnader för läkemedel, tandvård, glasögon, linser, fysioterapi, psykologbesök och vaccinationer.⁵⁹

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagen regleras bland annat av lagen om försäkringsverksamhet.⁶⁰ Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering av specifikt privata sjukvårdsförsäkringar utöver skatteregleringen.⁶¹ Mellan år 2002–2012 var arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar skattebefriade. Vissa typer av tjänster är fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar.⁶²

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

Supplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark har stadigt ökat i antal under 2000-talet. Denna utveckling drivs nästan uteslutande av att företag erbjuder gruppförsäkringar som en förmån till anställda. De skattemässiga incitamenten för att erbjuda arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring mellan 2002–2012 har bidragit till utvecklingen.⁶³ Ett år efter att dessa skatteregler infördes hade cirka 230 000 danskar en

⁵⁷ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

⁵⁸ Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.

⁵⁹ Commonwealth fund, Danmark; Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och Forsikring & Pension, *Find din Gruppe*.

⁶⁰ European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.

⁶¹ För skatteregleringen, se Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5*.

⁶² Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring* (2012).

⁶³ European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39–42 och Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

supplementär sjukvårdsförsäkring. År 2012 hade siffran ökat till över 1,5 miljoner. Antalet försäkrade har fortsatt att öka och var år 2019 över 2,15 miljoner (37 procent av befolkningen). Tynkkynen et al. lyfter att bidragande faktorer till att privat sjukvårdsförsäkring ses som en attraktiv arbetsgivarförmån i Danmark har varit långa väntetider i den offentliga vården och en preferens för privata vårdgivare.⁶⁴

Antalet danskar med komplementär sjukvårdsförsäkring har ökat från 270 000 personer år 1973 till över 2,5 miljoner år 2019.⁶⁵

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det har i utblicken inte identifierats några myndighetsrapporter över beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark.

Danska studier från bl.a. branschorganisationen Försikring & Pension från år 2010 och 2012 har visat ett samband mellan att ha en privat sjukvårdsförsäkring och lägre sannolikhet för långvarig sjuk-skrivning liksom färre sjukskrivningsdagar.⁶⁶

En forskningsartikel från Søgaard et al. visar vidare att arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar har inneburit en lägre total användning av offentligfinansierad sjukhusvård i Danmark, samtidigt som det betonas att studien inte kan avgöra vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvårdssystemet i stort.⁶⁷

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Enligt Tynkkynen et. al. har det inte funnits någon stor debatt om komplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark. Däremot har det funnits en debatt om de supplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.⁶⁸ Skattebefrielsen av arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar som infördes 2002 hade flera syften, nämligen att öka arbetsgivares ansvarstagande för anställdas hälsa, möjliggöra korta vänteti-

⁶⁴ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

⁶⁵ Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.

⁶⁶ Pedersen och Arendt (2012), Borchsenius och Hansen (2010), och Stephansen (2012).

⁶⁷ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58 och 68 med hänvisning till Søgaard m.fl. (2013).

⁶⁸ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

der till vård för de försäkrade, reducera sjukfrånvaro bland anställda, samt bidra till positiva effekter för hela hälso- och sjukvårdssystemet i form av t.ex. lägre kostnader för den offentliga vården och kortare väntetider inom den offentligfinansierade vården (eftersom personer med försäkringarna då inte nyttjar den offentligfinansierade vården och det därmed blir färre personer som nyttjar densamma).⁶⁹ Kritiker menar dock att försäkringarna innebär ökade kostnader och att kapaciteten inte förbättras. Andra motargument har inkluderat att den offentligfinansierade vården behöver ta emot patienter med mer komplicerade behov samt att eventuella fel som inträffar inom den privata vården blir den offentligfinansierade vårdens ansvar.⁷⁰

10.6 Kanada

10.6.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdssystemet Canadian MediCare är decentraliserat och i huvudsak offentligfinansierat. Det är de tio provinserna och de tre territorierna som är ansvariga för både finansiering och organisation av vården. Provinserna och territorierna har egna offentliga sjukvårdsförsäkringar som omfattar alla medborgare och stadigt bofasta.⁷¹ För att ta del av statligt ekonomiskt stöd måste provinserna och territorierna följa nationella standarder som finns i Canada Health Act.⁷²

Det offentliga åtagandet i Kanada omfattar vård som ges av läkare eller på sjukhus. Läkemedel, äldreomsorg och tandvård omfattas dock inte.⁷³ I regel omfattas inte heller t.ex. långtidsvård (i särskilt eller ordinärt boende), palliativ vård, stöd till informella vårdare, rehabilitering, medicinska hjälpmedel, viss psykiatrisk vård, synvård, missbruksvård eller komplementärmedicin. Det är stora skillnader mellan territorierna och provinserna när det gäller vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet.⁷⁴ För att få tillgång till vård som

⁶⁹ Olesen (2009), s. 274 f.

⁷⁰ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

⁷¹ Commonwealth fund, Kanada.

⁷² European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.

⁷³ SOU 2002:31, s. 59.

⁷⁴ Allin et al. (2020), se t.ex. s. xvii, 34, 40, 57, 65, 67 och 101.

inte tillhandahålls av det offentliga krävs att den enskilde har en privat sjukvårdsförsäkring eller betalar kontant.

För år 2018 betalades cirka 73,5 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna genom skatteintäkter och 14,7 procent utgjordes av hushållens utgifter ur egen ficka.⁷⁵ Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för cirka 12 procent,⁷⁶ vilket är en större andel än i de nordiska länderna.

Organisering av hälso- och sjukvården

Landets provinser och territorier ansvarar för hälso- och sjukvården.⁷⁷ Regelverken ser olika ut i de olika provinserna/territorierna och är en blandning av policys och uttryckliga regler. Majoriteten av sjukhusen är offentliga, förutom i Ontario, där majoriteten av sjukhusen ägs av privata icke-vinstdrivande organisationer. De allra flesta läkarna, såväl inom primärvård som inom den öppna specialistvården, är dock privata utförare, och är egenföretagare med privata mottagningar.⁷⁸ Detta beror på att en "överenskommelse" träffades med läkarna i samband med införandet av hälso- och sjukvårdssystemet som innebär att läkarna förbinder sig att arbeta antingen åt det offentliga eller det privata. Det är således inte tillåtet att verka i båda systemen samtidigt. Läkarna är också självständiga i förhållande till det offentliga. De är egenföretagare och styr själva sin arbetstid etc. De fakturerar endast det offentliga eller endast det privata.⁷⁹ Detta förbud att ta emot både offentligt och privat finansierade patienter beskrivs som ett förbud mot "dual practice". Det är inte en nationell reglering utan förbudet kan skilja sig åt inom landet.

⁷⁵ WHO 2018.

⁷⁶ Allin et al. (2020), s. 151.

⁷⁷ European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.

⁷⁸ Commonwealth fund, Kanada.

⁷⁹ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

10.6.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

Komplementära privata sjukvårdsförsäkringar är betydligt vanligare i Kanada än i Sverige. Drygt två tredjedelar av landets invånare (69 procent) uppskattas ha en komplementär sjukvårdsförsäkring. Majoriteten av försäkringarna i Kanada är gruppförsäkringar som betalas av arbetsgivare och som utöver arbetstagaren även omfattar maka/make och/eller barn.⁸⁰ Dessa försäkringar är ofta en del av förmånerna i anställningen, och är således inte frivilliga i ordets sanna bemärkelse.⁸¹ Vidare är dessa förmåner ofta förbehållna personer med högavlönade tillsvidareanställningar, medan personer med lågavlönade jobb, eller tillfälliga anställningar av olika slag mer sällan kan ta del av denna typen av förmåner.⁸²

I de flesta provinser och territorier är *supplementära sjukvårdsförsäkringar* inte tillåtna och förekommer knappt, se mer nedan om regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar.⁸³

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivits ovan är det de komplementära sjukvårdsförsäkringarna som används i Kanada. Försäkringarna har en komplementär roll och omfattar hälso- och sjukvårdstjänster som inte ersätts av det offentliga så som t.ex. palliativ vård, missbruksvård, viss psykiatrisk vård, synvård, tandvård, receptbelagda läkemedel i öppenvård, rehabilitering och privata sjukhusinläggningar.⁸⁴ De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll är störst inom tandvård och läkemedel.⁸⁵

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

I Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Både den federala och de provinsiella/territoriella lagstiftande församlingarna är involverade i denna regle-

⁸⁰ European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 112 f. och 115.

⁸¹ Allin et al. (2020), s. 74.

⁸² Allin et al. (2020), s. 151.

⁸³ European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99.

⁸⁴ Commonwealth fund, Kanada.

⁸⁵ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 104.

ring.⁸⁶ Försäkringsbolagen omfattas av en reglering som säkerställer deras betalningsförmåga gentemot de försäkrade.

Vidare finns det ovan beskriva förbudet mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta inom det offentliga och det privata systemet samtidigt. Läkarna måste således välja ett system att verka i. Denna typ av reglering resulterar i att de flesta vårdgivare väljer att verka inom den offentligt finansierade vården, där det finns ett större patientunderlag. Det finns även andra regleringar som på olika sätt kan påverka privata sjukvårdsförsäkringar t.ex. reglering rörande maxbelopp på läkararvoden.⁸⁷

Härutöver finns det regleringar gällande vad försäkringarna får omfatta och under vilka villkor försäkringarna får säljas.⁸⁸ Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar, som erbjuder privata alternativ till det offentliga utbudet eller kortare väntetider än det offentliga utbudet, är förbjudna respektive hindras av en komplex uppsättning av regler som skiljer sig mellan de olika provinserna och territorierna.⁸⁹ I fem provinser finns det ett förbud mot att privata sjukvårdsförsäkringar omfattar tjänster som också omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen, dvs. supplementära försäkringar. Den vård som erbjuds inom det offentligas omsorg får därmed inte erbjudas inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.⁹⁰

Denna form av regleringar har ifrågasatts och en uppmärksammat dom i Högsta domstolen i Kanada 2005 (Chaoulli v. Québec) slog fast att regleringen bryter mot Québec-provinsens stadga om rättigheter (*Québec's Charter of Rights*) i det fall det är långa väntetider inom det offentliga sjukvårdssystemet.⁹¹ Domen har inneburit att viss supplementär försäkring numera tillåts i Québec, för ett begränsat antal tjänster (t.ex. knä- eller höftledsbyte och kataraktoperationer innefattandes intraokulär linsinsättning).⁹² Domen är endast tillämplig på Québec, men flera andra provinser har liknande lagstiftning. Domen har gett upphov till liknande rättsfall i provinserna Alberta, British Columbia och Ontario.⁹³ Inget

⁸⁶ Allin et al. (2020), s. 40.

⁸⁷ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 f.

⁸⁸ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 120.

⁸⁹ Allin et al. (2020), s. 74.

⁹⁰ Allin et al. (2020), s. 74 f., European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 och Government of Canada, *Canada's Health Care System*.

⁹¹ Chaoulli v. Québec (Attorney General), [2005] S.C.R. 791, 2005 SCC 35.

⁹² Québec Health Insurance Act, Section 15 och 15.1. Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 121.

⁹³ European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99 f.

ytterligare rättsfall har dock ännu prövats i Högsta domstolen.⁹⁴ Den högsta domstolen i British Columbia dömde i september 2020 i ett mål med liknande frågeställningar som i målet *Chaoulli v. Québec*, men med motsatt utgång. Domstolsprocessen var fyra år lång, och domen på 880 sidor. Ett flertal frågeställningar rörande privata sjukvårdsförsäkringar aktualiserades, bl.a. tillgång till supplementär sjukvårdsförsäkring och förbudet mot s.k. dual practice. Målet förväntas överklagas.⁹⁵

I andra provinser, som inte har något förbud mot supplementära sjukvårdsförsäkringar, hindras dock marknaden på flera olika sätt av annan reglering, i huvudsak genom förbudet mot dual practice.⁹⁶

Det finns inte något förbud mot eller andra regleringar som begränsar de komplementära sjukvårdsförsäkringarna i Kanada. I de flesta provinser kan arbetsgivare göra avdrag om de tecknar komplementära privata sjukvårdsförsäkringar för sina arbetstagare.⁹⁷

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

De komplementära privata sjukvårdsförsäkringarna har länge haft en mindre roll i hälso- och sjukvårdens finansiering, även om antalet sådana försäkringar är betydligt större än i Sverige, där de knappt förekommer. I Sverige är försäkringarna främst supplementära.⁹⁸

Mot bakgrund av den reglering som gäller för supplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada har dessa försäkringar en begränsad roll i systemet.⁹⁹

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns ett antal studier över konsekvenserna av komplementära privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada som har visat att personer med en sådan försäkring, som täcker kostnader för läkemedel, an-

⁹⁴ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

⁹⁵ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies samt Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.

⁹⁶ Allin et al. (2020), s. 75.

⁹⁷ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 122 f.

⁹⁸ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 112.

⁹⁹ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99, 121.

vänder mer offentligt finansierade läkartjänster jämfört med personer utan försäkring. Det beskrivs som att om en person som är sjuk förväntar sig att ett läkarbesök kommer resultera i att medicin skrivs ut, är den mindre benägen att uppsöka vård om den inte har en försäkring som täcker den kostnaden.¹⁰⁰

Vidare har det beskrivits att det finns en ojämlikhet i tillgången till vård som inte omfattas av det offentliga utbudet, t.ex. tandvård, som därför i stor utsträckning finansieras via komplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Detta i kombination med att tillgången till komplementära privata sjukvårdsförsäkringar ofta är förbehållna personer med höga lönade anställningar har beskrivits bidra till ojämlikheten. Cirka 54 procent av tandvården i Kanada finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar och 40 procent finansieras kontant. Det är således endast cirka 6 procent av tandvårdskostnaderna som finansieras med offentliga medel, vilket anses vara mycket lågt jämfört med andra jämförbara OECD-länder.¹⁰¹

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns i huvudsak tre debatter som förts i Kanada om privata sjukvårdsförsäkringars roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Den första debatten inleddes under mitten av 1990-talet, då långa väntetider för flera vanliga hälso- och sjukvårdstjänster, så som ortopediska operationer, ögonoperationer, bilddiagnostik och cancerbehandlingar, ledde till en debatt om möjligheten till parallell privat finansiering genom att lätta på restriktionerna för supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Det uppmärksammade domstolsbeslutet om supplementära försäkringar, som ledde till att förbudet delvis luckrades upp i Québec-provinsen 2005, har bidragit till en fortsatt debatt.¹⁰²

Den andra debatten har sprungit ur den ökande användningen av läkemedel, då läkemedel generellt sett inte omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen utan således behöver finansieras privat. Debatten har handlat om huruvida den offentliga försäkringen borde

¹⁰⁰ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 och 132.

¹⁰¹ Allin et al. (2020), s. 128 och 151.

¹⁰² European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99 f.

omfatta även läkemedel eller om privat-offentliga partnerskap borde etableras.¹⁰³

Den tredje debatten bygger på den ökande mängden interaktioner mellan offentligfinansierade och privatfinansierade delar av hälso- och sjukvården. Då de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll har vuxit har även antalet interaktioner med det offentliga ökat. Som beskrivs ovan anses den ojämlika tillgången till den vård som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en ojämlik tillgång och användning även av den offentligfinansierade vården.¹⁰⁴

10.7 Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder

I European Observatory on Health Systems and Policies publikation *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*¹⁰⁵, som har redigerats av Sarah Thomson, Anna Sagan och Elias Mossialos, finns ett antal texter av olika författare som alla handlar om privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder. Boken har använts som huvudsaklig källa till avsnittet om Kanada i detta kapitel.

Inom ramen för denna utrednings arbete har det inte varit möjligt att fördjupa sig i privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än dem som redogjorts för ovan, bl.a. på grund av begränsad tid men även på grund av stora skillnader i sjukvårdssystem. För den som vill fördjupa sig i ytterligare länder och de lärdomar som kan dras genom studier av dessa, finns intressanta texter bl.a. i nämnda bok. Exempelvis finns beskrivningar av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Irland, Frankrike, Sydafrika, Israel, USA och Australien. Det finns bl.a. beskrivningar av hur försäkringarna har påverkat samhällena vad gäller diskussionen om att det kan uppstå parallella system med en offentligfinansierad del och en privatfinansierad del.

Det finns andra länder än de som utredningen närmare har studerat, som har betydligt större förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar, mätt i andel av finansieringen av hälso- och sjukvården jämfört med de nordiska länderna. I Irland t.ex. har 40–50 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring, och försäkringarna står för cirka 10–15 procent av finansieringen av hälso- och sjuk-

¹⁰³ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100.

¹⁰⁴ European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 f.

¹⁰⁵ European Observatory on Health Systems and Policies (2020).

vården. I Belgien har cirka 60 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring och försäkringarna står för 5–10 procent av finansieringen. I båda dessa länder utgör alltså finansieringen en större andel än i de nordiska länderna. Trots det rör det sig fortfarande om en relativt begränsad andel av hälso- och sjukvården som finansieras genom försäkringar, särskilt i förhållande till hur många som har en försäkring. I Sydafrika t.ex. är förhållandet det motsatta. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 35 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården, men endast cirka 15 procent av befolkningen har en privat sjukvårdsförsäkring.¹⁰⁶

Det finns flera landrapporter utgivna av European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbete med andra aktörer, som fokuserar på olika länders hälso- och sjukvårdssystem.¹⁰⁷

Det har nyligen (augusti 2021) släppts en rapport från Ratio med titeln *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*.¹⁰⁸ Rapporten behandlar bl.a. skillnaderna mellan Sverige och Australien och resonerar om privata sjukvårdsförsäkringars relation till ett i grunden offentligfinansierat system.

10.8 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningens internationella utblick beskrivits. Det finns flera likheter i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och grannländerna Norge, Finland och Danmark men också viktiga skillnader. Exempelvis är andelen av befolkningen med privat sjukvårdsförsäkring högre i de tre nordiska länderna än i Sverige. Kanada särskiljer sig beträffande såväl förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar som reglering. Kanada skiljer ut sig också när det gäller hur hälso- och sjukvården är organiserad. I Kanada finns ett stort antal privata vårdgivare. Nedan sammanfattas de viktigaste likheterna och skillnaderna som framkommit genom den internationella utblicken.

¹⁰⁶ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁰⁷ Dessa finns publicerade på European Observatorys hemsida, samlade under publikationsnamn Health Systems in Transition. Utredningen har ovan refererat till några av dessa rapporter, avseende Kanada, Finland och Norge.

¹⁰⁸ Ratio (2021).

10.8.1 Hälso- och sjukvårdssystem

De inkluderade länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem, som styrs och organiseras på provinsiell, regional eller lokal nivå. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras huvudsakligen via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas.

Andelen av hälso- och sjukvård som finansieras via skattemedel skiljer sig något mellan länderna. Andelen är något lägre i Kanada och Finland än i Norge och Danmark (som ligger på ungefär samma nivå som Sverige). I Finland utgör hushållens utgifter ur egen ficka i stället en något större del av kostnaderna. Eftersom det i Kanada är vanligare med komplementära sjukvårdsförsäkringar finansierar dessa delvis egenavgifter och andra kostnader som hushållen annars skulle behöva bära själva (ur egen ficka).

10.8.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

Förekomst av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men ofta med erbjudande om korta väntetider eller större valfrihet. Kombinationer av dessa former av försäkringar är dock vanliga vilket gör att indelningen inte alltid kan göras.

Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i Norge (cirka 12 procent), Finland (cirka 24 procent) och Danmark (cirka 37 procent) än i Sverige (cirka 6,5 procent) och förekommer i ytterst begränsad omfattning i Kanada. Av de studerade länderna är således Danmark det land där störst andel av befolkningen har en supplementär sjukvårdsförsäkring.

Precis som i Sverige (cirka 60 procent) tecknas majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna som grupp-försäkringar via

en arbetsgivare i Norge (cirka 90 procent) och Danmark (cirka 97 procent), medan en stor andel av försäkringarna tecknas som individuella sjukvårdsförsäkringar i Finland (cirka 79 procent).

I Kanada och Danmark är det emellertid vanligt med *komplementära sjukvårdsförsäkringar* till skillnad från övriga studerade länder, inklusive Sverige. I Kanada har cirka 69 procent av landets invånare en komplementär sjukvårdsförsäkring. För Danmark är siffran cirka 44 procent.

Tabell 10.1 Sammanställning över andel supplementära respektive komplementära försäkringar i de studerade länderna

Angett i procent av befolkningen

Land	Andel supplementära försäkringar	Andel komplementära försäkringar
Norge	12 %	-
Finland	24 %*	-
Danmark	37 %	44 %
Kanada	-	69 %
Sverige	6,5 %*	-

* Dessa innefattar även komplementära inslag.

Not: ett streck innebär att utredningen inte lyckats få fram siffror avseende förekomsten av rena sådana försäkringar.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Tidigare jämförelser av exempelvis Tynkkynen et al. visar att supplementära sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark erbjuder liknande tjänster som försäkringarna erbjuder i Sverige. Exempelvis går det, likt i Sverige, att få tillgång till planerad specialiserad vård och rehabilitering. Finland särskiljer sig då privata sjukvårdsförsäkringar fungerar som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.¹⁰⁹ Även Kanada särskiljer sig från övriga länder i och med förbudet mot supplementära sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt innehåller de komplementära försäkringarna i Kanada sådana tjänster som oftast erbjuds inom de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen i Norden.

¹⁰⁹ Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Hur privata sjukvårdsförsäkringar ska beskattas regleras i alla länder. I både Norge och Danmark har det under delar av 2000-talet funnits skatteregler som har inneburit att privata sjukvårdsförsäkringar som erbjuds via arbetsgivare inte behöver förmånsbeskattas. Skattebefrielserna finns dock inte kvar i något av länderna i dag för den del som avser vårdtjänster. Vissa tjänster är fortsatt undantagna förmånsbeskattning, i likhet med den svenska regleringen. Det gäller de delar av försäkringarna som avser hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar. I Norge, Danmark och Finland förefaller privata sjukvårdsförsäkringar i övrigt regleras av samma lagar som annan försäkringsverksamhet.

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har en komplex uppsättning av regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Förbudet mot s.k. dual practice innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som dock delvis har uppluckrats efter en dom och det pågår även andra rättsfall. Det finns även i vissa provinser/territorier reglerade ersättningsstak (dvs. högsta tillåtna belopp för ersättning) som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. Det finns inte något förbud mot komplementära sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Liksom i Sverige har förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar ökat under 2000-talet i de andra nordiska länderna. I Norge och Danmark har denna utveckling främst drivits av arbetsgivarbetalda försäkringar, likt i Sverige. I Finland har utvecklingen i stället drivits av individuellt tecknade försäkringar. Detta har bl.a. förklarats av en låg tillgänglighet till primärvård inom den offentliga hälso- och sjukvården.

I Kanada har supplementära sjukvårdsförsäkringar fortfarande en ytterst begränsad roll, medan komplementära sjukvårdsförsäkringar har varit vanliga länge.

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det är svårt att uttala sig om generella konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar utifrån den internationella utblicken. Det är få myndighetsrapporter som har identifierats i arbetet. För vissa av länderna har utredningen tagit del av studier över konsekvenserna av privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land, men forskningen på området är begränsad, vilket även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.¹¹⁰ De studier som utredningen har identifierat rör i huvudsak privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro respektive vårdkonsumtion. Det är dock svårt att dra några generella slutsatser av dessa, då olika studier på området visar på blandade resultat och orsakssambanden inte är klara, något som även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.¹¹¹

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark kan anses likna den i Sverige. I Finland har det inte varit någon stor offentlig debatt.

Debatten i Kanada skiljer sig något från övriga länder, utifrån skillnaderna i såväl regleringen som de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i systemet. Debatten har i större utsträckning än i övriga studerade länder handlat om de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.

10.8.3 Slutsatser

Av den internationella utblick som utredningen har genomfört framgår att de studerade länderna har en del likheter med det svenska systemet men också att det finns en del skillnader. Det är svårt att dra slutsatser utifrån den information som har inhämtats eftersom informationen och forskningen om privata sjukvårdsförsäkringar är begränsad. Det kan dock konstateras att de nordiska länderna har en relativt liknande utveckling och reglering. Vad gäller försäkringarnas

¹¹⁰ Vård- och omsorgsanalys identifierade få relevanta studier i sin litteraturgenomgång och beskrev att ett skäl till detta kan vara att forskningen på området är begränsad, se Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 112.

¹¹¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.

andel av finansieringen av hälso- och sjukvården ligger samtliga nordiska länder på en låg nivå. För Finland utgör försäkringarnas andel av finansieringen av hälso- och sjukvården 1,95 procent, för Danmark är det 2,3 procent, för Norge är det 0,4 procent och för Sverige 0,7 procent. Storleken skiljer sig alltså åt, men finansieringsgraden är alltså låg i relation till t.ex. Kanada, där privata sjukvårdsförsäkringar står för 12 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården.

Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur många i befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring skiljer sig däremot en hel del åt i de nordiska länderna, där Sverige har lägst andel (6,5 procent). Närmast jämförbara land är Norge, där en dubbelt så stor andel av befolkningen har privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med Sverige (12 procent).

Kanada skiljer sig på flera sätt gentemot övriga studerade länder och Sverige. I Kanada är de supplementära sjukvårdsförsäkringarna av mycket marginell omfattning. Det finns flera olika regelverk som begränsar marknaden för supplementära försäkringar, t.ex. den reglering som finns i flera provinser och territorier och som förbjuder supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Dessa regleringar har dock urholkats något genom den dom som redogjorts för ovan och påföljande debatter. Dessutom finns i Kanada ett förbud mot s.k. dual practice. Det är dock 69 procent av befolkningen som har en komplementär privat sjukvårdsförsäkring. Vidare är det offentliga utbudet av hälso- och sjukvård i Kanada mer begränsat än i Sverige, varför komplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada till viss del omfattar sådant som ingår i det offentliga utbudet i Sverige.

De slutsatser som kom fram under policydialogen som utredningen deltog i överensstämmer väl med de slutsatser som kommer fram i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*¹¹². Det lyftes under diskussionen att privata sjukvårdsförsäkringar *kan* vara positiva för samhället, under förutsättning att försäkringarna är av en liten omfattning och att de inte påverkar den offentliga vården i negativ riktning. Det betonades att en större omfattning av privata sjukvårdsförsäkringar skapar problem, och det uttrycktes att privata sjukvårdsförsäkringar är ”förutsägbart utmanande”¹¹³. Vidare har det noterats att en framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar kan gå fort, att en ökning kan vara svår att stävja,

¹¹² European Observatory on Health Systems and Policies (2020).

¹¹³ ”Predictably challenging”.

och att en återgång till en mindre omfattning kan vara än svårare att uppnå.¹¹⁴

Under dialogen diskuterades frågan om vad som avses med ”en liten omfattning” och det framkom att man inte kan ange den exakta gränsen mellan en liten och en stor omfattning då det inte är möjligt att endast utgå från siffror om omfattningen av försäkringar. Det är flera olika faktorer som har betydelse för vilken påverkan sjukvårdsförsäkringarna har på samhället. En faktor som lyftes på dialogen och som kan ha betydelse för påverkan var om de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar väntetiderna i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården i negativ riktning, dvs. om förekomsten av försäkringar leder till längre väntetider. Andra faktorer, enligt ovan beskrivna slutsatser, som kan vara av betydelse för hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar samhället är vad det är för typ av privata sjukvårdsförsäkringar som används i landet. Exempelvis kan det finnas skillnader mellan påverkan från komplementära försäkringar jämfört med påverkan från supplementära försäkringar. Ytterligare faktorer som kan spela roll för vilken påverkan försäkringarna har på samhället, rör beslutsfattarna och den politiska viljan, såväl avseende att finansiera det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet som avseende förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. En politisk fråga handlar t.ex. om hur stor ojämlikhet i väntetider man är beredd att acceptera för de typer av vårdinsatser som erbjuds inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar, i relation till det ekonomiska tillskott som försäkringarna bidrar med genom att de personerna bekostar vården med försäkringar i stället för med offentliga medel.¹¹⁵

Utredningen noterar att det är utmanande att jämföra olika länder med liknande, men inte likadana, system. Som har framgått i redogörelserna ovan i kapitlet har samtliga studerade länder ett grundläggande offentligt utbud av hälso- och sjukvård i någon omfattning, men med ett flertal olika skillnader. Till exempel förekommer det skillnader avseende hur vården är organiserad, såväl avseende ansvar, finansiering och politisk styrning, som hur det ser ut i praktiken, vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet, etc. Dessa skillnader är särskilt framträdande vad gäller Kanada.

¹¹⁴ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

¹¹⁵ Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

Utredningen kan konstatera att den internationella jämförelsen ger vid handen att privata sjukvårdsförsäkringar i dagsläget är av relativt liten omfattning i Sverige. Det är dock inte endast förekomsten och omfattningen av försäkringarna som styr huruvida försäkringarna påverkar samhället. I följande kapitel finns utredningens uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige.

11 Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

11.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs, i enlighet med utredningens uppdrag, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården.

Kapitlet inleds med att redogöra för de utmaningar som finns med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Därefter ges en beskrivning av de olika former av påverkan som beskrivs i flera underlag samt utifrån vad som har framkommit av utredningens egna eftersökningar. I kapitlet finns ett särskilt avsnitt om påverkan i form av olika undanträngningseffekter. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Diskussion om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns i kapitel 8. En diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar i relation till den svenska välfärdsmodellen återfinns i kapitel 12.

11.2 Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

11.2.1 Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som mer fördjupat beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen refererar i betänkandet till statliga utredningar, myndighetsrapporter och forskningsartiklar som ur olika perspektiv beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. I dessa underlag görs antaganden där både risker, utmaningar och möjligheter med privata sjukvårdsförsäkringar redovisas liksom behovet av ytterligare forskning och utredningar.

År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* Det är en deskriptiv analys av Mårten Palme gjord på uppdrag av Svensk Försäkring. Analysen är baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utifrån ett regeringsuppdrag kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar.¹ IVO beskriver i en förstudie eventuella risker för patientsäkerheten när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad vård och vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.² Frågan om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på den svenska hälso- och sjukvården har också berörts av några statliga utredningar.³

Det finns några forskare som särskilt har beskrivit privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns även internationell forskning om privata sjukvårdsförsäkringar.⁴

Utredningen har fört dialoger med olika aktörer och har hämtat in uppgifter om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar kan

¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

² IVO förstudie (2020).

³ Se t.ex. SOU 2020:46, SOU 2002:31 och SOU 2003:23.

⁴ Se t.ex. de källor som refereras i kapitel 10.

ha på hälso- och sjukvården, för att komplettera det underlag som finns.

11.2.2 Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter

En förklaring till att det inte finns särskilt mycket beskrivet om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i Sverige kan vara att hälso- och sjukvården huvudsakligen finansieras med offentliga medel och att privata sjukvårdsförsäkringar har uppfattats som en företeelse av begränsad omfattning och därmed inte uppfattats som en angelägen fråga att studera.

En annan förklaring kan vara bristen på myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad försäkringsbolagen betalar för vården till privata vårdgivare, nyttjandegraden av försäkringarna, varför man har en försäkring samt vilka som har privata sjukvårdsförsäkringar. Avtalen mellan försäkringsbolagen och privata vårdgivare är inte offentliga. Försäkringsbolagen omfattas inte av offentlighetsprincipen.

Bristen på data innebär att det är förenat med vissa utmaningar att beskriva vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Frågan om datatillgång beskrivs närmare i kapitel 7. Förslag på hur ytterligare data skulle kunna samlas in beskrivs i kapitel 13.

Sverige anses samtidigt ha tillgång till mer data och mer omfattande register än de flesta andra länder i EU och i världen. En beskrivning av hälso- och sjukvården kan emellertid inte göras enbart utifrån statistik. Analyserna måste också ofta kompletteras med mer kvalitativ analys, t.ex. i form av enkäter och intervjuer. Även om det skulle finnas data, finns det utmaningar med att genom statistisk analys mäta påverkan på hälso- och sjukvården generellt.⁵

Ytterligare en svårighet med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården är att det kan vara svårt att skilja privata sjukvårdsförsäkringars påverkan från påverkan från den privata vården i stort. Utan data kan det vara svårt att skilja privat finansiering i form av privata sjukvårdsförsäkringar från annan

⁵ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.

privat finansiering så som kontant betalning. Det kan även vara svårt att skilja effekter från privat drift och privata utförare från effekter till följd av privat finansiering.

En annan utmaning med att beskriva sjukvårdsförsäkringars påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är att förekomsten av försäkringar ser olika ut över landet och inom olika vårdområden. Det kan därför vara svårt att göra jämförelser och dra slutsatser som gäller för hela Sverige. Även andelen vård som regionen upphandlar från privata vårdgivare skiljer sig mellan regionerna. Den vård som en försäkringstagare erhåller behöver inte heller ges i den region där försäkringstagaren bor. Försäkringsbolagen och de vårdgivare som försäkringsbolagen har avtal med verkar nationellt. Det finns således ofta inte samma koppling mellan den enskilde patientens bostadsort och den privata vårdgivarens verksamhetsort som normalt finns i den offentligfinansierade vården där regionens ansvar framför allt avser befolkningen i den egna regionen. För en närmare beskrivning av regionernas ansvar, se kapitel 6.

Effekterna av privata sjukvårdsförsäkringars eventuella påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården kan variera beroende på vilken slags vård som utförs. Privata sjukvårdsförsäkringar är exempelvis relativt vanligt inom ortopedi, men mindre vanligt inom andra områden (se vidare i kapitel 5).

Ytterligare en svårighet med att beskriva en eventuell påverkan kan kopplas till vårdvalssystemet och hur lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, är konstruerad samt skillnader mellan olika avtalsformer vad gäller möjligheten till uppföljning. Vård- och omsorgsanalys bedömer att när det gäller avtal enligt LOV går det i princip aldrig att säga att vårdgivaren har levererat den volym som den har åtagit sig, men det kan vara fallet enligt vissa avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.⁶ Utredningen har undersökt dessa slutsatser men har inte kunnat bekräfta dem inom ramen för denna utredning.⁷ Utredningen tolkar Vård- och omsorgsanalys uttalande som att det avser hur lätt eller svårt det är att följa upp om vårdgivaren har levererat vad som har avtalats. Utredningen menar att det kan vara lättare att följa upp ett LOU-

⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 63.

Se dock intervju med den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm, där han beskriver problem med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i vårdvalet (DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16).

avtal eftersom regionerna då ofta upphandlar en viss volym eller en maxvolym. Det är då någorlunda lätt att mäta om den privata vårdgivaren har levererat enligt avtalet eller inte. I LOV-avtalet är det patientens val av vårdgivare som styr på ett annat sätt, och någon takvolym finns inte i avtalen.⁸ Det kan då vara svårare att följa upp de avtalen.

Frågan om förutsättningarna att följa upp avtal beroende på om det är frågan om ett avtal enligt LOU eller ett avtal enligt LOV har dock inte någon omedelbar koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar utan handlar, enligt utredningens bedömning, allmänt om förutsättningarna för avtalsuppföljning. Utredningen noterar också att försäkringsvården framför allt förekommer inom den öppna specialistvården och att det är relativt ovanligt med LOV inom specialistvården (även om det är vanligt förekommande i vissa regioner).⁹

11.3 Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården kan påverkas på olika sätt av privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan kapaciteten, väntetider och efterfrågan/konsumtion påverkas. Även utbildning och forskning/innovation skulle kunna påverkas, liksom kvaliteten på vården. Nedan följer ett antal avsnitt om påverkan, uppdelat på de nämnda områdena. En stor del av redogörelserna bygger på Vård- och omsorgsanalys studier i frågan.

11.3.1 Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården

Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar skulle på olika sätt kunna påverka kapaciteten inom hälso- och sjukvården, dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård.

Vård- och omsorgsanalys resonerar i rapporten från 2020 kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka kapaciteten i det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Vård- och omsorgsanalys menar att frågan om påverkan på kapaciteten är ”kom-

⁸ Se mer om de olika sorternas avtal i kapitel 6.4.6 och 6.5.3.

⁹ Uppgifter från utsänd regionenkät. Se mer i kapitel 6.

plex, med flera faktorer och dynamiska effekter som kan påverka och påverkas på kortare och längre sikt.”¹⁰

Med kapacitet menar Vård- och omsorgsanalys ”den totala mängden vård som det offentliga systemet, med offentliga och privata utförare sammantaget, har möjlighet att erbjuda vid en viss tidpunkt. Vårdpersonal, lokaler, utrusning, och ekonomiska resurser är exempel på resurser som kan påverka och begränsa kapaciteten”.¹¹

I kapitel 9 tar utredningen upp frågan om offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonals bisysslor hos privata vårdgivare. I det kapitlet redogörs för granskningar som visar på en delvis bristande efterlevnad hos regionerna, i egenskap av arbetsgivare, av reglerna om bisysslor. Som beskrivs i det kapitlet kan denna bristande efterlevnad ha en negativ inverkan på vården och påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården. Samtidigt, vilket också beskrivs i det kapitlet, finns positiva aspekter av att offentliganställda kan ha bisysslor hos de privata vårdgivarna.

I det följande beskrivs hur framför allt konkurrensen om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Detta avser således inte specifikt situationen där den offentliganställda har en bisyssla hos en privat vårdgivare.

Minskad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att konkurrensen om vårdpersonalen kan öka om den totala hälso- och sjukvården (både offentlig och privat) blir större. Vård- och omsorgsanalys menar att om vårdpersonal (eller andra fysiska resurser) skulle arbeta i den privatfinansierade vården i stället för i den offentligfinansierade vården, minskar kapaciteten i den offentligfinansierade vården. Risken för att sådan minskad kapacitet uppstår skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara extra stor vad gäller bristyrken.¹²

Som beskrivs i kapitel 6.6.1 förekommer det att regionerna avtalar om karenstid för anställda för att förhindra att anställda går direkt till privata vårdgivare från det att de har avslutat en anställning i regionen.

¹⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58.

¹¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.

¹² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 91.

Den privata vården kan även påverka den offentligfinansierade vårdens kapacitet genom att ge högre ersättning i jämförelse med offentliga arbetsgivare. Det skulle då kunna bli lättare för den privata vårdgivaren att attrahera personal och svårare för den offentliga vårdgivaren, som kan behöva betala högre löner vilket leder till ökade kostnader.¹³ Det kan också finnas skillnader i arbetsvillkor mellan privata och offentliga vårdgivare som påverkar hur attraktiv arbetsgivaren är. Skillnader i villkor mellan privata och offentliga vårdgivare kan finnas oavsett förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar.

Det har dock framhållits att det ännu inte finns några belägg för att ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige har lett till en s.k. ”ond cirkel” där en ökad andel av befolkningen har vänt sig till den privata hälso- och sjukvården och där den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser minskat och blivit ett ”låg-kvalitets-alternativ”.¹⁴

Opåverkad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att om den privatfinansierade vården utförs utöver den vård som ändå skulle ges inom ramen för det offentligfinansierade systemet, påverkas inte antalet patienter som kan behandlas i den offentligfinansierade vården.¹⁵ Det kan exempelvis vara så om en privat vårdgivare producerar fler antal timmar vård om den tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring i jämförelse med om den privata vårdgivaren inte tar emot några sådana patienter.

Vård- och omsorgsanalys knyter detta resonemang till begreppet ”ledig kapacitet” och menar att om vårdgivarna efterlever de krav de har på sig gentemot regionen i form av avtalade vårdtillfällen och väntetider kan det sägas finnas ”ledig kapacitet” hos vårdgivare om den har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen.¹⁶ Samtidigt anpassar en privat vårdgivare sin kapacitet efter den efterfrågan som finns, på så vis att den rekryterar fler, utökar eller effektiviserar den

¹³ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 61–62.

¹⁴ Kullberg et al. (2021). Se även Winblad et al. (2021).

¹⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62.

¹⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62 f.

arbetade tiden. Det är således inte så att vårdgivare står med ”ledig kapacitet” under någon längre tid.¹⁷

Ökad kapacitet

Utifrån beskrivningen i avsnittet ovan om opåverkad kapacitet tolkar utredningen Vård- och omsorgsanalys bedömning som att det kan finnas situationer där privata vårdgivare kan producera mer vård om de samtidigt får uppdrag från exempelvis försäkringsbolag. De tar helt enkelt emot fler patienter jämfört med om de endast skulle ha haft patienter från regionen. Det innebär att den vård som ges via sjukvårdsförsäkringar inte leder till någon negativ påverkan kapacitetsmässigt för det offentliga systemet, utan den skulle tvärtom kunna öka kapaciteten. I sammanhanget kan nämnas att den vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar uppgår till 3,6 miljarder kronor per år. De personer som nyttjar en sjukvårdsförsäkring för att betala för vård skulle i många fall i stället behöva utnyttja den offentligfinansierade vården om försäkringarna inte fanns, varför den offentligfinansierade vården då skulle behöva bekosta fler personers vård.

I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring frågan om försäkringarnas avlastning på den offentligfinansierade vården, och beskriver följande. ”Privata vårdgivare ersätts i högre grad enligt principen ”fee-for-service” från försäkringsbolagen, vilket allt annat lika leder till en större volym vård och högre kostnader [...]. Avlastningen är därför inte så stor som den privata sektorns volym först kan ge intryck av.”¹⁸

Vård- och omsorgsanalys tar även upp situationen om det inte skulle vara tillåtet för privata vårdgivare att ta emot både patienter vars vård finansieras med offentliga medel och patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle då vara möjligt att vissa vårdgivare väljer att enbart verka inom privatfinansierad hälso- och sjukvård. Genom att privata vårdgivare tar emot dels offentligfinansierade patienter, dels privatfinansierade patienter finns enligt myndigheten en möjlighet till ökad kapacitet i den offentliga vården, eftersom fler privata vårdgivare kan bidra.¹⁹ Samtidigt har regionerna ett ansvar i egenskap av huvudmän att planera och

¹⁷ Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.

¹⁸ Anell (2020), s. 114.

¹⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

säkerställa att tillräckligt många vårdtillfällen produceras och ska vidare, enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i den planeringen beakta den vård som erbjuds av andra vårdgivare.

Särskilt om väntetider

Problemet med långa väntetider till vården i Sverige har påtalats under lång tid.²⁰ Framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar har också angetts som en konsekvens av ökade väntetider inom främst specialistvården. Det beskrivs som att gapet har ökat mellan vad den offentliga vården kan erbjuda och vad invånarna och arbetsgivare önskar.²¹

Svenska privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar är ofta inriktade på att erbjuda försäkringstagarna korta väntetider snarare än att erbjuda olika tilläggstjänster eller andra slags behandlingar än de som kan erbjudas inom den offentligt finansierade vården, se kapitel 5 och 10.

Vård- och omsorgsanalys skriver att när patienter som har privata försäkringar använder vård som finansieras av försäkringarna i stället för att nyttja den offentligfinansierade vården, ger det kortare väntetider även för patienterna inom den offentligfinansierade vården. En förutsättning är dock att det finns ”ledig kapacitet”, t.ex. personal och lokaler, hos de privata vårdgivarna som kan utnyttjas till den försäkringsfinansierade vården.²²

Vård- och omsorgsanalys har i rapporten *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* även där kommit in på frågan om väntan på vård. Rapporten bygger på en internationell enkätundersökning om hur befolkningen i Sverige och andra länder anser att hälso- och sjukvården fungerar i respektive land. I Sverige har SCB genomfört undersökningen på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys. Av enkätsvaren framkommer att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarar att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader jämfört med personer vars vård finansieras med offentliga medel. De svarar också

²⁰ Se dir. 2020:81. Se också t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2014:3, 2015:5, 2017:6 och 2021:4 och Socialstyrelsen 2013-5-30 och 2019-1-20.

²¹ Blomqvist och Palme (2020).

²² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 6.

oftare än personer som inte har försäkring att de har fått en operation inom en eller tre månader.²³

11.3.2 Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården

Privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna påverka patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster.

Vård- och omsorgsanalys resonerar kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka efterfrågan i det offentligfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet, dvs. antalet patienter som söker offentligfinansierad vård. Med antalet patienter menar Vård- och omsorgsanalys den behovsjusterade efterfrågan på offentligfinansierad vård, dvs. inte bara antalet patienter utan den samlade s.k. ”vårdtyngden” hos patienterna.²⁴

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska

Vård- och omsorgsanalys menar att ett sätt som efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska är om en del patienter använder sin privata sjukvårdsförsäkring för att få vård, i stället för att få vård i den offentligfinansierade vården. Antalet patienter som söker offentligfinansierad vård blir då färre.

Efterfrågan på offentligfinansierad vård skulle enligt Vård- och omsorgsanalys också kunna minska om försäkringarna har ett stort fokus på förebyggande arbete.²⁵ Delvis är det så i dag eftersom företagshälsovård ofta är en del av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna.

En studie från Kullberg et al. visar att personer med en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring i något mindre utsträckning utnyttjade den offentliga hälso- och sjukvården än personer som inte hade en sådan försäkring. Privata sjukvårdsförsäkringar bedömdes i viss utsträckning ha minskat bördan på den offentliga hälso- och sjukvården. Majoriteten av de personer som har en privat sjukvårdsförsäkring fortsatte dock att nyttja den offentliga hälso- och sjukvården. 38 pro-

²³ Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104. Utöver väntetiderna fann myndigheten ingen annan tydlig skillnad i svaren kopplade till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. avseende erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus.

²⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.

²⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

cent av personerna i studien som hade en privat försäkring fortsatte att bara använda den offentliga hälso- och sjukvården. 10 procent av de försäkrade hade endast utnyttjat den privata hälso- och sjukvården. Enligt författarna kan flera förklaringar finnas till ovanstående resultat. En är att svenska hälso- och sjukvårdsförsäkringar erbjuder ett relativt begränsat antal tjänster, vilket gör det nödvändigt för försäkringstagarna att fortsätta använda den offentliga hälso- och sjukvården.²⁶ En annan tänkbar förklaring som framhålls är att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använder försäkringen som ett komplement till den vård som ges av den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.²⁷

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan förbli opåverkad

Vård- och omsorgsanalys menar att om den vård som finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar är vård som inte hade utförts om patienterna sökt vård inom den offentligfinansierade vården eller om de inte hade sökt vård alls där, påverkas inte antalet patienter i den offentligfinansierade vården av privata sjukvårdsförsäkringar. En kombination av resonemangen i avsnitten om minskad efterfrågan respektive ökad efterfrågan skulle således kunna leda till slutsatsen om en opåverkad efterfrågan på offentligfinansierad vård.²⁸

Efterfrågan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård kan öka

Vård- och omsorgsanalys menar att privata sjukvårdsförsäkringar kan leda till en ökad efterfrågan på offentligfinansierad vård. Det kan hända om den vård som erbjuds genom privata sjukvårdsförsäkringar är mer omfattande eller generösare, t.ex. när det gäller vilka åtgärder som erbjuds eller vilka besvär som krävs för att en behandling ska bli aktuell. Det kan leda till att förväntningarna och kraven på den offentligfinansierade sjukvården förändras på sikt. Vård- och omsorgsanalys ser att det även kan gälla förväntan och krav avseende

²⁶ Sjukvårdsförsäkringarna i Sverige är nämligen framför allt inriktade på att erbjuda korta väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet, se kapitel 5.

²⁷ Kullberg et al. (2021).

²⁸ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.

väntetider. Privata sjukvårdsförsäkringar kan då fungera som ett tryck på den offentligfinansierade vården.²⁹

Kullberg et al. resonerar kring att efterfrågan på vård är ”ändlös” och att ett ökat utbud av vård leder till en ökad efterfrågan. Det vore då tänkbart att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använde sig av båda systemen parallellt.³⁰

Efterfrågan på en mer personcentrerad vård

En annan form av påverkan på efterfrågan på vården kan vara att allmänhetens förväntningar på vården förändras och att det i högre grad efterfrågas en mer personcentrerad vård. I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring detta och anger följande.

Bland individer som inte får sina förväntningar på vården infriade kan en frivillig sjukvårdsförsäkring betraktas som en lösning snarare än ett problem. De som har en sådan försäkring kan uppfatta att vården blir mer personcentrerad, att vården i högre grad utgår från individens preferenser och värderingar. Det kan vara att man vill ha möjlighet att vända sig direkt till viss specialistläkare eller har stora krav på anpassning från vårdens sida när det gäller tillgänglighet och bekvämlighet, krav som det inte är rimligt att den offentlig finansierade vården beaktar oavsett resurstillgång.³¹

För det fall den vård som ges inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar medför en mer personcentrerad vård skulle förekomsten av sådana försäkringar kunna innebära att allmänhetens efterfrågan även på den offentligfinansierade vården förändras i en ökad sådan riktning.

11.3.3 Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider

Undersökningens frågor

Vård- och omsorgsanalys har genom att undersöka den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR³² försökt få svar på två frågor som berör privata sjukvårdsförsäkringar.

²⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.

³⁰ Kullberg et al. (2021), s. 14 med hänvisning till Roemer (1961).

³¹ Anell (2020), s. 120.

³² För en närmare beskrivning av databasen, se kapitel 3.13.4 och kapitel 7.7.

1. Får patienter med privat sjukvårdsförsäkring vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter som tar emot båda typerna av patienter?
2. Efterlevs den författningsreglerade vårdgarantin eller annan tidsgräns som anges i avtalen med regionen bland privata vårdgivare som tar emot både offentligt och privat finansierade patienter?³³

Undersökningens begränsningar

Vård- och omsorgsanalys hade kort tid på sig att genomföra undersökningen. Myndigheten beskriver också vissa begränsningar i undersökningen. Myndigheten har enbart tagit med resultat från region Stockholm, Västra Götaland och Skåne och för vissa specificerade vårdområden. Urvalet av vårdområden har Vård- och omsorgsanalys gjort med hänsyn till inom vilka områden det förekommer privata vårdgivare och vårdvalssystem, eftersom de gjort bedömningen att de eventuella konsekvenserna av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringarna är tydligast inom sådana vårdområden. Vård- och omsorgsanalys har också utgått från områden där de har fått indikationer på att offentligfinansierade patienter har uppfattat att personer med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare. Vård- och omsorgsanalys betonar att resultaten inte ger någon information om hur det ser ut inom andra vårdområden eller för hälso- och sjukvården totalt. Vård- och omsorgsanalys gör inte heller någon analys av hur stora verksamheterna är som ingår i urvalet, och därmed hur många offentligfinansierade patienter som har berörts av resultatet.³⁴

Vidare påpekar Vård- och omsorgsanalys att det inte har varit möjligt att få fram vilka vårdgivare som tar emot både privatfinansierade och offentligfinansierade patienter. Myndigheten har därför på egen hand sökt efter den informationen, bl.a. utifrån uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen. Det har inte heller varit möjligt att ta reda på hur stor del av verksamheterna som fokuserar på patienter med privat sjukvårdsförsäkring, vilka tjänster som erbjuds till patienterna med privat sjukvårdsförsäkring och hur de förhåller sig till vad vårdgivaren ska erbjuda patienterna med offentlig finansiering enligt avtalen med regionen. Vård- och omsorgsanalys på-

³³ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113 ff.

³⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.

pekar att urvalet inte ska ses som vare sig slumpmässigt eller heltäckande.³⁵

Vård- och omsorgsanalys betonar också att den nationella väntetidsdatabasen, som undersökningen utgår från, har kända brister och begränsningar t.ex. i fråga om täckningsgraden avseende privata vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys påtalar att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen. Oklarheterna består i vilken väntetid det är som registreras, dvs. om det är den tid som patienten har väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv som registreras i databasen. Denna oklarhet kan innebära att det finns privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen trots att vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen. Väntan har således i dessa fall inte uppstått hos den privata vårdgivaren utan t.ex. hos regionen.³⁶ Utredningen noterar att så kan vara fallet särskilt vid s.k. köpkapningsavtal/vårdgarantiavtal.³⁷ Under år 2020, dvs. efter det att Vård- och omsorgsanalys genomförde sin undersökning, har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var väntetiden uppstått för den enskilda patienten.

Ytterligare en begränsning i undersökningen är att verksamheter som arbetar efter den s.k. nationella taxan³⁸ i stort sett inte alls finns med i underlaget.³⁹

En sista begränsning som Vård- och omsorgsanalys tar upp är att det saknas information om patienternas behov, dvs. hur allvarlig åkomman har bedömts vara. Den informationen saknas även för patienterna med privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att det inte går att bedöma om behoven skiljer sig mellan patienterna.⁴⁰

³⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.

³⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

³⁷ Med köpkapningsavtal eller vårdgarantiavtal avses sådana avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling där patienten remitteras till regionen och slussas vidare till en annan vårdgivare först om regionen bedömer att den inte kan erbjuda patienten vård inom väntetidsgarantin. Se mer i kapitel 6.5.3.

³⁸ Med nationella taxan avses avtal som ingås med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

³⁹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

⁴⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.

Undersökningens resultat

Med reservation för ovan beskrivna begränsningar skriver Vård- och omsorgsanalys följande.

Resultat från den nationella väntetidsdatabasen visar att patienter med offentlig finansiering i genomsnitt väntar längre på vård än patienter med privat sjukvårdsförsäkring, både totalt sett och hos gruppen som består av privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle kunna ses som ett förväntat resultat eftersom en poäng med försäkringarna just är att få vård snabbare.⁴¹

De resultat som Vård- och omsorgsanalys har fått fram visar att patienter med offentlig finansiering ofta väntar mer än 30 dagar på vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården (även här oavsett om det är en vårdgivare i offentlig eller privat regi). Andelen patienter som får sitt första besök eller åtgärd inom 30 dagar varierar mellan vårdområden och regioner.⁴²

Tidsgränserna för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar är lägre. Av försäkringsvillkoren framgår att de patienterna ska få sitt första besök inom 3–7 dagar (efter att försäkringsbolaget har bedömt att behov uppstått) och en åtgärd inom 14–21 dagar (efter att beslut om åtgärd har fattats).⁴³

Vård- och omsorgsanalys kommer därmed fram till slutsatsen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Det är enligt myndigheten inte sannolikt att de kortare väntetiderna beror på att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och att myndigheten inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall.⁴⁴

Vård- och omsorgsanalys konstaterar även att väntetiderna skiljer sig åt regionalt. Myndigheten skriver att samtidigt som patienter i Stockholm med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering, är andelen offentligfinansierade

⁴¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.

⁴² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 55.

⁴³ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.

⁴⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 7.

patienter som får förstabesök inom 30 dagar i Stockholm högst i landet.⁴⁵

Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.⁴⁶

Utredningens kommentarer till undersökningen

Vård- och omsorgsanalys undersökning är ett viktigt bidrag till förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Samtidigt är undersökningen behäftad med ett antal begränsningar, varav särskilt några gör att man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tas inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser myndighetens slutsatser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

11.3.4 Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion

I Vård- och omsorgsanalys rapport berörs också frågan om övervård, dvs. att patienter får vård som inte är medicinskt motiverad. Enligt myndigheten kan den risken vara högre när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar (t.ex. genom remissfri specialistvård), men den risken finns även inom offentligfinansierad vård.

I forskningen har framförts att efterfrågan på hälso- och sjukvård är ”ändlös” och att en ökad tillgång till vård också kan leda till ökad

⁴⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.

⁴⁶ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.

efterfrågan.⁴⁷ Enligt denna logik är det enligt författarna inte förvånande om personer i Sverige som har en privat sjukvårdsförsäkring använder försäkringen för att komplettera den vård de får i den offentligfinansierade vården. Utökade resurser anses ibland kunna leda till behandlingar som inte är medicinskt motiverade. Finns det inga begräsningar i kapacitet och medel finns inte samma incitament till strikta prioriteringar. Bakgrunden till framtagandet av den etiska plattformen var bl.a. scenariot att de ekonomiska resurserna i Sverige skulle minska, varför ett behov fanns av att prioritera striktare. Samtidigt finns det insatser som efterfrågas som inte är strikt medicinskt motiverade men som för den enskilde kan upplevas öka kvaliteten på vården.⁴⁸ Vidare anses det välkänt att offentliga hälso- och sjukvårdssystem "ransonerar" individer från konsumtion av vårdtjänster.⁴⁹ Med ransonerings avses exempelvis att vårdutbudet eller tillgängligheten minskas i besparingssyfte.⁵⁰ Patientavgifter och obligatorisk remiss kan exempelvis ses som ett uttryck för att försöka ransonerat vårdutbudet eller begränsa tillgängligheten. På motsvarande sätt är det vanligt med självrisk inom sjukvårdsförsäkringen.

Anell resonerar också om bl.a. försäkringars påverkan på vårdkonsumtionen i rapporten *Vården är värd en bättre styrning*, där följande anges.

Privata försäkringar [...] medför sannolikt att fler insatser görs jämfört med vad som skulle skett i en offentligt finansierad vård. En del försäkringar marknadsförs utifrån att man får möjlighet att träffa specialister direkt utan att gå via primärvården. Det upplevs sannolikt som positivt av många försäkringstagare men bidrar inte till någon övergripande kostnadseffektivitet inom vården.⁵¹

11.3.5 Påverkan på utbildningsplatser och innovation

Vård- och omsorgsanalys har i sin rapport beskrivit två situationer där olika aktörer anses kunna "åka snålskjuts" som en följd av privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen påverkan på tillgången till utbild-

⁴⁷ Kullberg et al. (2021) s. 14 med hänvisning till "Roemers lag", Roemer (1961).

⁴⁸ Se SOU 2019:15, s. 321.

⁴⁹ Kullberg et al. (2021).

⁵⁰ Begreppet utvecklas bl.a. i SOU 2001:8, s. 36. I betänkandet anförts att tillgänglig vård också kan ransonerats. Detta begrepp används ofta i internationella sammanhang i stället för prioritering, som en metod att få tillgängliga resurser att räcka till. Det innebär i korthet att alla behov i och för sig tillfredsställs, men inte fullständigt utan endast till en viss grad. Effekten av medvetna prioriteringar blir att annat måste ransonerats, givet en fastställd resursram.

⁵¹ Anell (2020), s. 114.

ningsplatser och innovation (se nedan). Dessa möjliga effekter tolkar utredningen som att de inte bara har att göra med en påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar utan snarare om en generell påverkan från privat driven vård.

Vård- och omsorgsanalys framhåller i rapporten att de inte haft möjlighet att fördjupa sig ytterligare i frågorna.⁵²

Utbildningsplatser

I samband med utredningens undersökning⁵³ har det uppstått diskussion om utbildningsplatser hos de privata vårdgivarna. Vård- och omsorgsanalys lyfter denna fråga och menar att det kan finnas en risk att privata vårdgivare ”åker snålskjuts” på det offentliga systemet. Vård- och omsorgsanalys skriver att vårdprofessionerna behöver praktik i sin utbildning och att den i huvudsak sker inom den offentliga verksamheten. I rapporten anges att de privata vårdgivarna kräver högre ersättning för att ta sig an utbildningsuppdrag därför att produktionsbortfall leder till höga kostnader på grund av försäkringsbolagens höga ersättningar. Vård- och omsorgsanalys anger att regionerna dock har hittat en del lösningar för att exempelvis läkare ska kunna göra en del av sin utbildning hos privata vårdgivare som har avtal med regionen.⁵⁴

Innovation

Vård- och omsorgsanalys skriver att de privata vårdgivarna skulle kunna bidra med positiva effekter på den offentligfinansierade vården. Myndigheten menar att det i så fall går att tala om att den offentligfinansierade vården ”åker snålskjuts” på de privata vårdgivarna. Exempelvis kan privatfinansierade innovationer hos privata vårdgivare inte bara komma de privatfinansierade patienterna till del utan även offentligfinansierade patienter hos samma vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys menar att incitamenten för innovationer kan vara större när det finns privata sjukvårdsförsäkringar. Myndigheten framhåller även att det kan finnas skalfördelar och produktivitetsskill-

⁵² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45.

⁵³ För redogörelse av denna, se kapitel 6.6.

⁵⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45 f.

nader mellan privata och offentliga vårdgivare och att vinstmaximerande företag har starka incitament att öka produktiviteten.⁵⁵

11.3.6 Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården

Hög kvalitet i hälso- och sjukvården innebär, enligt Socialstyrelsen, att patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet.⁵⁶ IVO utövar tillsyn över att patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser om patientsäkerhet efterlevs men har inte fattat något tillsynsbeslut som rör förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser.

I direktivet till utredningen anges att utredningen ska föreslå åtgärder som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar bl.a. inte får ”bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar”. Även om IVO inte har uttalat i något tillsynsbeslut att försäkringar har påverkat kvaliteten på hälso- och sjukvården finns det andra sätt att få en uppfattning om försäkringars påverkan på kvaliteten. En aspekt i fråga om kvalitet i hälso- och sjukvård är patienternas upplevelse av vården. Patientnöjdheten behöver inte nödvändigtvis hänga samman med det slutgiltiga medicinska resultatet. Den patientupplevda kvaliteten kan mätas på olika sätt. En patient som har klagomål kan vända sig till olika instanser med sina synpunkter. En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som har behandlat patienten. Om ärendet inte löses på detta sätt kan patienten vända sig till patientnämnden i regionen. Patientnämndernas uppdrag är främst att omhänderta frågor som rör den offentligfinansierade vården, oavsett om det är en privat eller offentlig vårdgivare.

Om inte heller detta löser frågan har patienter möjlighet att vända sig till IVO med sina klagomål. Detta gäller oavsett hur vårdbesöket har finansierats, dvs. om det har finansierats via offentliga medel eller privat, och oavsett om vårdgivaren är en privat eller offentlig vårdgivare.

⁵⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.

⁵⁶ Socialstyrelsens hemsida (Arbets säkert > Förebyggande arbete > Kvalitet och patientsäkerhet).

En patient som finansierar vården med privat sjukvårdsförsäkring och som har synpunkter kan i vissa fall även vända sig till Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen.⁵⁷

I syfte att försöka fånga patienters upplevelser av hur hälso- och sjukvårdens kvalitet påverkas av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar har utredningen varit i kontakt med regioner, privata vårdgivare, patientnämnder, IVO, Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen. Redogörelsen nedan ska inte betraktas som heltäckande.

Klagomål till vårdgivarna

Både de regioner och de privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har uppgett att de inte har fått in några klagomål relaterade till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare undersöka dessa uppgifter.

Klagomål till patientnämnder

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som finns i alla regioner. Till patientnämnden kan den enskilde vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvården.

Utredningen har tagit kontakt med samtliga patientnämnder och ställt frågor om de fått in ärenden där offentligfinansierade patienter fört fram klagomål om att de exempelvis fått vänta längre på vård till förmån för en patient vars besök/åtgärd finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring, om detta i så fall i ett andra led lett till någon form av vårdskada, samt om de på något annat sätt har erfarenhet av andra risker i relation till privata sjukvårdsförsäkringar.

Av 21 tillfrågade patientnämnder kom 20 svar in. Ingen region har svarat att de fått in ärenden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Fem regioner uppgav att de i allmänhet hade erfarenhet av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. på så sätt att enskilda vid enstaka tillfällen generellt klagat på väntetider eller att det kan uppstå frågetecken när eventuella komplikationer behöver hanteras inom ramen för den offentligfinansierade vården.

⁵⁷ Se mer i kapitel 5.7.

Den undersökning som utredningen har vidtagit är inte på något sätt heltäckande, men kan ses som en indikation på att ärenden om upplevda omprioriteringar till följd av privata sjukvårdsförsäkringar är ovanliga hos patientnämnderna. Vad det innebär i fråga om huruvida det verkligen sker prioriteringar som inte grundas på vårdbehov går dock inte att svara på. Detta eftersom ärenden hos patientnämnderna bygger på att den enskilde ska ha uppfattat ett problem, samt dessutom ha tagit kontakt med patientnämnden för att framföra detta.

Viktigt att poängtera i sammanhanget är, som nämnts ovan, att patientnämndernas uppdrag främst är att hantera ärenden som handlar om vårdgivare med offentlig finansiering. Frågor som handlar om en patient med en privat sjukvårdsförsäkring som har synpunkter på hur vårdgivaren har agerat, ska i regel inte hanteras av patientnämnden. Hur sådana ärenden hanteras beskrivs i kapitel 5.7.

Klagomål till IVO

Den enskilde kan anmäla till IVO och informera om denne har iakttagit eller varit med om något i vården. Innan den enskilde anmäler ett klagomål till IVO ska den enskilde ha framfört klagomålet antingen till den verksamhet där vården har utförts eller till patientnämnden.

IVO har meddelat utredningen att orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” inte registreras på ett sökbart i myndighetens databaser. Det innebär att det inte går att söka fram eventuella ärenden där privata sjukvårdsförsäkringar omnämns.

Klagomål till Konsumenternas Försäkringsbyrå

Enligt uppgift från Finansinspektionen gällde 73 av cirka 11 000 ärenden och frågor hos Konsumenternas Försäkringsbyrå privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt en sammanställning från Konsumenternas Försäkringsbyrå fick den in klagomål (dvs. negativa synpunkter) rörande privata sjukvårdsförsäkringar från privatpersoner vid 17 tillfällen under perioden januari 2020–mars 2021. Synpunkterna gäller framför allt försäkringsbolagens villkor kring försäkringar, t.ex. hur

försäkring kan tecknas, hur den kan sägas upp, och vilken vård som ersätts.

Klagomål till Finansinspektionen

Finansinspektionen får ibland in allmänna synpunkter och missnöjesyttringar, som går utöver Finansinspektionens tillsynsuppdrag, från t.ex. försäkringstagare, ombud och media. Enligt uppgift från Finansinspektionen har den dock inte fått in några klagomål som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Exempel på uppgifter som framkommit på annat sätt

I december 2019 publicerade Dagens Nyheter en granskning där flera vårdbolag angav att privat sjukvårdsförsäkring innebar ”snabbare vård”.⁵⁸ Granskningen innebar att Dagens Nyheter kontaktade tio olika vårdgivare som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Reportern uppgav sig vara potentiell patient och pratade med receptionister och kundtjänst. I nio fall av tio fick tidningen som svar att försäkringspatienter generellt ”går före” andra patienter. Vid kontakt med vårdgivarnas chefer har tidningen fått som svar att medicinsk prioritering alltid sker, att försäkringspatienter får snabbare vård om det medicinska behovet är lika eftersom det är vad avtalen säger samt att det är olika köer beroende på vilket avtal patienterna söker vård inom.⁵⁹

I Vård- och omsorgsanalys rapport *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* som redogjorts för i avsnitt 11.3.1 och som bygger på en enkätundersökning framkommer inte några kvalitetsbrister eller annat som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys uttrycker det på följande sätt. ”Utöver väntetiderna finner vi ingen tydlig riktning som är kopplad till privat sjukvårdsförsäkring (t.ex.

⁵⁸ DN, *Vårdbolagen: Patienter med privat sjukvårdsförsäkring går före*, 2019-02-16.

⁵⁹ I en uppföljande artikel uttalade den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm bl.a. att han bekräftar problemet med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i det privata vårdvalet, DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16.

Se också i kapitel 6.6.1 om vad privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med uppgett i denna fråga.

erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus).”⁶⁰

11.4 Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar

11.4.1 Inledning

En särskild form av påverkan inom hälso- och sjukvården är s.k. undanträngning. I utredningens direktiv⁶¹ anges att utredaren ska ”beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården”.

I detta avsnitt kommer begreppet undanträngning i allmänhet att beskrivas. För att sätta begreppet undanträngning i ett sammanhang har utredningen valt att utgå från rapporter från Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) som på olika sätt redogör för i vilka situationer undanträngningseffekter i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården skulle kunna uppstå. En redogörelse görs också för en rapport från Riksrevisionen rörande vårdvalet i primärvården. Varken i Vård- och omsorgsanalys rapport från 2017 eller Riksrevisionens rapport används dock begreppet undanträngning specifikt.

Utredningen tar upp flera av dessa rapporter även i kapitel 8 som handlar om försäkringar och de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Vad är undanträngning i hälso- och sjukvården?

Undanträngning i hälso- och sjukvården kan anses uppstå i situationer där lägre prioriterade patienter (dvs. patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov).⁶² Undanträngning kan således ses som en beteckning för de negativa effekter som kan bli resultat av prioriteringar som avviker från gällande prio-

⁶⁰ Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104.

⁶¹ Dir. 2020:83.

⁶² Se t.ex. prop. 2009/10:67 samt Socialstyrelsen 2012-5-16.

riteringsriktlinjer och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

Olika former av undanträngning kan finnas i hälso- och sjukvården. I rapporten *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012* gör Socialstyrelsen en distinktion mellan undanträngning som drabbar enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som drabbar större patientgrupper. När det gäller undanträngning på individnivå framhåller Socialstyrelsen att undanträngning som beror på enskilda individers agerande förmodligen alltid har funnits i hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen kan det ta sig uttryck i att patienter som "ligger på" genom att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ofta lyckas få en tid för besök, operation eller annan åtgärd tidigare än vad som annars skulle ha varit fallet. Enligt Socialstyrelsen gäller detsamma sannolikt när personer har en relation till hälso- och sjukvårdspersonal, eller själva arbetar inom hälso- och sjukvården, och får snabbare tillgång till den vård de behöver tack vare sina kontakter eller kunskaper om systemet.⁶³

Undanträngning av större patientgrupper eller vårdkedjor avser situationer där undanträngning uppstår i större skala till följd av att insatser och resurser riktas till andra patientgrupper. Som exempel nämner Socialstyrelsen situationer där personer som söker akut-sjukvård får vänta längre på grund av satsningar på andra vårdkedjor. Ett annat exempel är att patienter inom en och samma patientgrupp kan prioriteras olika. Situationen skulle kunna tänkas uppstå om de som har ett förhållandevis lågt medicinskt behov får gå före mer allvarligt sjuka patienter, med anledning av att de närmar sig, eller redan har passerat, en vårdgarantigräns. Ett annat exempel är att undanträngningar uppstår om vården prioriterar insatser på förbättrad tillgänglighet till ett specialistbesök och en operation eller åtgärd och att mindre resurser avsätts för undersökningar. Vidare nämns som exempel att förstabesökspatienter prioriteras före patienter med kända och diagnostiserade besvär som behöver komma tillbaka på återbesök.⁶⁴ Socialstyrelsen nämner även undanträngning som skulle kunna uppstå om utomlänspatienter går före patienter med exakt samma åkommor i den egna regionen p.g.a. att de genererar

⁶³ Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 72.

⁶⁴ Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 73 f.

större intäkter för vårdgivaren. Även utformningen av vissa ersättningssystem skulle kunna ge upphov till undanträngningseffekter.⁶⁵

I rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* framhåller Vård- och omsorgsanalys att undanträngning kan ske på flera olika sätt. I rapporten definierar och diskuterar myndigheten sex typer av undanträngning som teoretiskt (direkt eller indirekt) kan orsakas av vårdgarantin eller kömiljarden. En indelning görs i tre grupper; a) undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan; b) undanträngning inom samma väntelista; och c) undanträngning mellan vård- och specialistområden. De tre grupperna innehåller i sin tur sex typer av undanträngning.⁶⁶ Detta illustreras i *figur 11.1*.

Figur 11.1 Sex typer av undanträngning



Källa: Vård- och omsorgsanalys, 2015:5.

Indelningen bygger på samma resonemang som Socialstyrelsen för i den ovan refererade rapporten⁶⁷, och Vård- och omsorgsanalys använder liknande exempel för att förklara de olika typerna av undanträngning.⁶⁸ Nämnas här kan begreppet horisontell undanträngning. Med det avses undanträngning mellan olika vårdområden. Ett exempel på sådan horisontell undanträngning skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara en omfördelning av resurser från kroniska diagnoser och patienter som behöver många återbesök till planerad elektiv kirurgi⁶⁹ som främst behandlar relativt friska patienter med

⁶⁵ Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 13.

⁶⁶ Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 92.

⁶⁷ Socialstyrelsen 2013-5-30.

⁶⁸ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 92 ff.

⁶⁹ Dvs. planerade kirurgiska ingrepp som kan senareläggas eller inte genomföras alls utan fara för patienten (se Svensk MeSH/Karolinska Institutet).

engångsbesvär. Ett sådant ställningstagande kan tänkas fattas på en högre beslutsnivå. Det kan exempelvis vara frågan om sjukhus- eller regionledningen som beslutar om hur medel ska fördelas mellan olika vård- eller specialistområden.⁷⁰

De olika exemplen på undanträngning som beskrivs ovan har gjorts utifrån uppdrag som Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har haft för att följa upp kömiljarden och vårdgarantin. Avsikten med denna exemplifiering är att visa att frågan om undanträngningseffekter är komplex. Hänsyn måste tas till flera olika aspekter när en analys görs av frågor rörande privata sjukvårdsförsäkringar och om förekomsten av dessa kan leda till undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården. En distinktion måste också göra mellan effekter på individ- och systemnivå. Beslut som kan ha en påverkan på prioriteringar kan fattas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, allt från enskilda yrkesutövare till regionledningar. Antalet patienter och vilken typ av vård dessa får har förstås en påverkan på analysen. Hur avtalen mellan regionen och de privata vårdgivarna är utformade är också en faktor som kan vara av betydelse. Vård- och omsorgsanalys lyfter även det faktum att kvantitativa studier om undanträngning inte ger några entydiga svar, och ger en översikt över vissa av de kvantitativa analyser som gjorts på området.⁷¹

Nedan följer fördjupande avsnitt där utredningen redogör för olika myndigheters beskrivningar av om undanträngningseffekter har uppstått på olika områden, nämligen Vård- och omsorgsanalys granskning av vårdgarantin, Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården, Socialstyrelsens granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt. Dessa beskrivningar görs för att fördjupa begreppet undanträngning och sätta det i ett sammanhang, samt för att illustrera hur det kan användas i en diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar.

⁷⁰ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 95.

⁷¹ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96 f.

11.4.2 Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning

I kapitel 8 redogörs för diskussioner om hur vårdgarantin kan förenas med behovs-solidaritetsprincipen och andra målbestämmelser inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vård- och omsorgsanalys har studerat undanträngningseffekter kopplade till vårdgarantin i rapporterna *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* från 2014, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2015 och *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2017.

I den första rapporten konstaterar Vård- och omsorgsanalys att ”det finns vissa indikationer på att vårdgarantin och Kömiljarden ger undanträngningseffekter”.⁷² Myndigheten konstaterar samtidigt att kömiljarden har bidragit till att mer effektivt än tidigare vårdgarantier minska antalet väntande på besök och behandling. I de jämförelser som görs av väntetider är det tydligt att väntetiderna har minskat, även om de alltjämt är höga i internationella jämförelser.⁷³

Myndigheten gör vissa fördjupade analyser av frågan om undanträngningseffekter i relation till vårdgarantin och kömiljarden och konstaterar som slutsats att ”det finns statistiska indikationer på att undanträngning kan förekomma, men bilden är långt ifrån entydig och det har varit svårt att skilja ut vårdgarantins och Kömiljardens effekter från andra faktorer”.⁷⁴

I rapporten från 2015 drar Vård- och omsorgsanalys följande slutsats om undanträngning och vårdgarantin.

Vår samlade bedömning är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte medföra undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men i intervjuerna framkommer också exempel på undanträngning, exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök samt vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser. Det är vårdens ansvar att se till att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.⁷⁵

⁷² Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 14.

⁷³ Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 20 och 180 ff.

⁷⁴ Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 208 ff. Se även Winblad och Andersson 2010:09.

⁷⁵ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.

Slutsatsen bygger på en mer ”kvalitativ ansats” som Vård- och omsorgsanalys uttrycker det. Vård- och omsorgsanalys konstaterar att ”på grund av metodologiska svårigheter och brist på data ger dock de kvantitativa studier som belyst undanträngning inga tydliga svar på huruvida det förekommer”.⁷⁶ Vidare konstateras följande.

Flera tidigare studier har försökt mäta om undanträngning förekommer genom statistisk analys. På grund av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har inga säkra slutsatser kunnat dras av dessa studier, annat än att en del resultat skulle kunna vara tecken på undanträngning. Det grundläggande problemet är att det är svårt att hitta variabler som på ett tillfredställande sätt graderar patienters medicinska behov, vilket är en förutsättning för att på ett övertygande sätt mäta om undanträngning förekommer.⁷⁷

I den senaste rapporten, från 2017, diskuteras inte undanträngning uttryckligen, utan myndigheten skriver i stället om prioriteringar i relation till vårdgarantin. Myndigheten redogör för tidigare slutsatser, bl.a. att vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och inte behöver leda till undanträngning.⁷⁸ Myndigheten drar vidare vissa slutsatser om väntetider och prioriteringar som har bäring på frågan om undanträngning.

Myndighetens uppföljning av vårdgarantin visar att tillgängligheten över lag har blivit sämre, på så vis att ”andelen och antalet patienter som har väntat länge på vård blir allt större”.⁷⁹ Samtidigt, konstaterar myndigheten, genomförs en stor del av nybesök och operationer snabbt. Myndigheten konstaterar vidare följande.

Om alla patienter alltid hade ställts sist i kön, skulle även andelen nybesök och operationer som genomförs inom 30 och 60 dagar minska över tid. Att så inte är fallet talar därför för att det sker en prioritering av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt, medan andra får vänta länge.⁸⁰

I den fördjupade analysen beskriver myndigheten vidare utmaningarna med att undersöka om prioritering sker på rätt sätt, mot bakgrund av att information om patienternas behov inte samlas in, men konstaterar ändå följande.

⁷⁶ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.

⁷⁷ Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.

⁷⁸ Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 37.

⁷⁹ Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 85.

⁸⁰ Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 88.

I vår förra uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) genomförde vi intervjuer med remissbedömare och tidsbokare inom vårdområdena neurologi och ortopedi. Syftet var att förstå hur arbetet med väntelistorna fungerade i praktiken. Intervjuerna visade att många verksamheter arbetar med någon form av prioriteringsgrupper. [...] Patienter i den högsta prioriteringsgruppen kallas snabbt till besök och operation, medan patienter i den lägsta prioriteringsgruppen får vänta längre. Ett sådant tillvägagångssätt är i linje med observationen att antalet och andelen av de nybesök och operationer som genomförs inom 30 dagar inte minskar, samtidigt som andelen och antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar ökar betydligt.⁸¹

11.4.3 Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården

Riksrevisionen granskade i rapporten *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* från 2014 hur reformerna om vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården.⁸² Vårdvalsreformen innebär bl.a. att patienter har rätt att välja vårdcentral och att vårdgivare får etablera vårdcentraler var de vill. Vårdgarantin syftar till att öka tillgängligheten genom att ange maxgränser för väntetider i primärvården.

Riksrevisionens granskning utgick från målet för all hälso- och sjukvård, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, samt följande tre principer som ska styra vården:

- Människovärdesprincipen.
- Behovs-solidaritetsprincipen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen.⁸³

Riksrevisionen fann att reformerna gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter och fler vårdcentraler. Riksrevisionen fann dock också att reformen fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bl.a. ansågs de positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser i högre utsträckning verkat ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.⁸⁴

⁸¹ Vård- och omsorgsanalys 2017:6 s. 89.

⁸² RiR 2014:22.

⁸³ RiR 2014:22, s. 9.

⁸⁴ RiR 2014:22, s. 9.

Nya vårdcentraler hade i större utsträckning etablerats i befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och där invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Nedläggning av vårdcentraler hade främst drabbat områden där vårdbehovet var större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kunde antas vara större.⁸⁵

Riksrevisionens undersökning i två regioner visade märkbara förändringar när det gällde vårdkonsumtionen efter vårdvalsreformens införande. Vårdutnyttjandet verkade bli mer ojämnt i vården som helhet. Många besökare med lätta och lindriga symtom hade tillkommit efter reformen. Denna grupp patienter gjorde också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gällde för de sjukaste patienterna, som gjorde färre läkarbesök.⁸⁶

Riksrevisionen poängterade särskilt att efterfråge- eller behovsstyrning innebär en inbyggd målkonflikt. Vårdvalsreformen har enligt Riksrevisionen inneburit att makt har förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna, vilket var tänkt. Regionen ska endast formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det har dock enligt Riksrevisionen visat sig vara svårt att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer.⁸⁷

Enligt Riksrevisionen fattades före vårdvalet prioriteringsbesluten utifrån de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov, förvisso utifrån begränsade budgetamar. I dag fattas beslut om resursprioriteringar i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan. Enligt Riksrevisionen bygger reformens syfte, dvs. att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov, på olika logiker.⁸⁸

De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter enligt Riksrevisionen en aktör med makt och mandat, dvs. motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Enligt Riksrevisionen tycktes inte någon region ha

⁸⁵ RiR 2014:22, s. 10.

⁸⁶ RiR 2014:22, s. 10.

⁸⁷ RiR 2014:22, s. 11.

⁸⁸ RiR 2014:22, s. 11.

lyckats skapa en vårdvalsmodell som styrde primärvården i riktning mot vårdens etiska principer.⁸⁹

11.4.4 Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning

Även Socialstyrelsen har undersökt undanträngningseffekter, bl.a. som en del i myndighetens uppdrag att följa upp arbetet avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.

Införandet av SVF är en satsning för att minska patientens väntan på behandlingsstart genom tydligare ramar för vad diagnostiken i cancervården ska innehålla och hur lång tid varje del ska ta. Satsningen innebär att professionsgrupper i cancervården har tagit fram indikationslistor för vad som är välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos, vilka som är de givna diagnostiska utredningarna samt fastslagit ett antal dagar som varje del av vårdförloppet fram till behandlingsstart maximalt bör ta i anspråk.⁹⁰

Regeringen har tillsammans med landets regioner genomfört en flerårig satsning för att införa SVF i cancervården, för att skapa effektiva och ändamålsenliga processer och rutiner samt hög tillgänglighet. Satsningen har byggt på sammanhållna processer vid utredning av cancer och är en del i det fortsatta arbetet med den nationella cancerstrategin, som riksdagen antog 2009. Socialstyrelsen har sedan 2015 haft uppdraget att årligen följa arbetet i regionerna.⁹¹

I den senaste uppföljningsrapporten från 2019 konstaterar Socialstyrelsen att undanträngning är kopplat till prioriteringar, att prioriteringar ska göras utifrån den etiska plattformen och att undanträngning uppkommer när de principer som ligger till grund för prioriteringar inte följs på grund av en insats.⁹²

Angående cancervården konstaterar Socialstyrelsen att det inte fanns någon klart uttalad definition av undanträngning i samband med införandet av SVF. Detta gjorde att olika aktörer tolkade undan-

⁸⁹ RiR 2014:22, s. 11. Tre år efter Riksrevisionens rapport 2014 gjorde Region Stockholm en rapport om vårdvalet i Stockholm (HSN-2017-1485). Vårdvalet hade då funnits i Stockholm i tio år. Rapporten syftade till att ge en översikt av kunskapsläget och vilka uppföljningsmöjligheter som finns.

⁹⁰ Socialstyrelsen 2015-10-5, s. 7.

⁹¹ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 7.

⁹² Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 43.

trängning på olika sätt och besvarade frågor om risk för undanträngning olika utifrån de skilda tolkningarna. Efter ett tag höjdes kunskapsnivån vilket har fått till följd att allt fler relaterar undanträngningar till felaktiga prioriteringar.⁹³

I rapporten beskriver Socialstyrelsen även att det pågår projekt i regionerna som syftar till att mäta väntetider för olika SVF samt att försöka analysera om undanträngningar uppkommer. Socialstyrelsen menar att det i praktiken är svårt att bedöma om undanträngningar uppstår, eftersom det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifterna till. Det har också funnits svårigheter med tillförlitliga data.⁹⁴

Socialstyrelsen gör inte någon kvantitativ analys av undanträngning utan har genom enkäter, intervjuer, möten och granskning av dokument, som t.ex. handlingsplaner, undersökt området. Där framkommer bilden att SVF effektiviserar starten av behandlingen av patienter med välgrundad misstanke om cancer, vilket i huvudsak har positiva aspekter på vården och resursanvändningen. De farhågor om undanträngning som lyfts är i huvudsak inriktade på s.k. ”trånga sektorer” som finns inom utredning och diagnostik, risken för att onödiga undersökningar genomförs samt att tider planerade för patienter som följer SVF ibland står tomma.⁹⁵

För att framöver kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom området bedömer Socialstyrelsen att det framför allt behövs bättre prioriteringsunderlag. Det finns många utmaningar inom svensk sjukvård, och det är enligt Socialstyrelsen uppenbart att resurserna inte räcker till allt befolkningen önskar. Det gör att prioriteringar är nödvändiga. Förutom ekonomiska resurser är det ofta brist på personal, både allmänt och för flera specialistområden.⁹⁶

⁹³ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.

⁹⁴ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.

⁹⁵ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.

⁹⁶ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54.

11.4.5 ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) har i en rapport från 2014 tillsammans med Vård- och omsorgsanalys diskuterat förutsättningarna för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården. I rapporten tas även undanträngningseffekter upp.⁹⁷

Rent allmänt tar rapportförfattarna upp att få empiriska undersökningar särskilt har studerat konsekvenserna av att regionerna överlämnat driften av hälso- och sjukvård till privata utförare. Det har dock genomförts en rad uppföljningar av vårdvalets effekter inom primärvården. I stort sett saknas dock uppföljningar av vårdvalsystemen inom specialiserad vård. En naturlig förklaring till detta är att antalet privata vårdgivare inom specialistvården ökat framför allt den senare tiden.⁹⁸ En annan förklaring är att vårdval är mindre förekommande i specialistvården och används i mycket liten utsträckning i de flesta regioner.⁹⁹

I det följande beskrivs rapportförfattarnas iakttagelser avseende primärvården respektive specialistvården och som har betydelse för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Konsekvenser på primärvården

Rapportförfattarna noterar att det allmänt tycks finnas positiva effekter av valfriheten i primärvården och att evidens saknas som tyder på negativa konsekvenser.

Rapportförfattarna menar vidare att valfriheten i primärvården har drivit verksamheten mot större lyhördhet för de önskemål på tjänster, service m.m. som den genomsnittlige brukaren har. Ökat vårdutnyttjande och förbättrad tillgänglighet är konkreta uttryck för denna utveckling. Detta är också fullt rimligt, men inte komplikationsfritt. Utvecklingen väcker enligt rapportförfattarna två direkta frågor:

- Sker denna utveckling på bekostnad av intressen för grupper som ligger långt ifrån den genomsnittlige brukaren?

⁹⁷ ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5.

⁹⁸ ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 121. Se även Region Stockholm, HSN 2017-1485.

⁹⁹ Se mer i kapitel 6.

- Finns drivkrafter som på längre sikt kan påverka verksamheten i en riktning där vårdkvalitet prioriteras lägre än önskvärt?¹⁰⁰

Avseende primärvården kom rapportförfattarna fram till följande.

Slutsatsen av den forskning som finns är att utvecklingen mot att bättre möta den genomsnittlige brukarens preferenser inte har undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Sammantaget är bedömningen att kombinationen av de krav som ställs från huvudmännen, de nationella regelverken och den prioritering av patientens säkerhet som finns i normsystemet kring sjukvården, innebär en god garanti för säkrad vårdkvalitet. Detta betyder dock inte att andra drivkrafter kan ignoreras.¹⁰¹

Konsekvenser på specialistvården

Rapportförfattarna menar att det finns flera avgörande skillnader mellan valet av primärvårdsläkare och val av vårdgivare inom specialistvården. Dessa skillnader måste man ta hänsyn till vid utformande av informationsutbud och regelverk m.m. Valet av primärvårdsläkare har generellt större inslag av subjektiva bedömningar än val inom specialistvården. Samtidigt är primärvårdskonsumtionen mer återkommande, vilket innebär att patienten kan bygga upp kunskap genom erfarenhet och kontakt med vänner och anhöriga. Valet av vårdgivare för specialistbehandlingar som gråstarrs- och höftledsoperationer är däremot av engångskaraktär, vilket försvårar valet. Tillgång till god information om effekter, biverkningar och andra kvalitetsindikatorer kan underlätta, men samtidigt är allt detta svårbedömt för en person i behov av behandling. Vårdvalen skulle kunna underlättas om primärvårdsläkaren agerade åt patienten och bl.a. tog ställning till sådant som medicinsk kvalitet och avvägningen kvalitet och väntetid.¹⁰²

¹⁰⁰ ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 129 f.

¹⁰¹ ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 130. Se även Winblad et al. (2021) där det redovisas hur de olika regionerna anpassat sin styrning bl.a. genom ersättningsmodeller, listningssystem och krav på vårdtjänster för att försöka förena vårdvalet och förekomsten av privata vårdgivare med grundläggande bestämmelser om vård på lika villkor.

¹⁰² ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.

Rapportförfattarna menar vidare att

Ett annat problem med valfrihetsmodellerna inom den specialiserade vården är dessas fokus på väletablerade behandlingsmetoder och s.k. standardpatienter. Här finns, liksom i primärvården, en risk för att den genomsnittlige brukarens preferenser kan ha undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Exempelvis kan prioriteringar mellan väntetider för vissa planerade behandlingar som berör breda patientgrupper å ena sidan och tillgänglighet i vården av kroniskt sjuka å den andra vara ett problem i detta avseende. Det är ett problem som för övrigt kan förstärkas av vårdgarantier som sätter ett tak för väntetiden för vissa behandlingar.¹⁰³

11.5 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningen beskrivit privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården. Utredningen har redogjort för de utmaningar som finns med att göra en sådan beskrivning.

Utredningen har inte kunnat hitta några rapporter som specifikt har tittat på om privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige. I rapporten från Vård- och omsorgsanalys om privata sjukvårdsförsäkringar¹⁰⁴ nämns inte begreppet undanträngning, men rapporten tar upp vissa risker och för fram några antaganden om försäkringars påverkan samt analyserar nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar. Myndighetens undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen ökar förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Undersökningen är dock behäftad med begränsningar som gör att man behöver iaktta viss försiktighet beträffande vilka slutsatser som kan dras. IVO:s förstudie¹⁰⁵ gör också antaganden om frågan utifrån patientsäkerhetsrisker och ansluter sig till bedömningarna som görs av Vård- och omsorgsanalys.

När det gäller definitionen av och diskussionen om begreppet undanträngning är det viktigt, även gällande privata sjukvårdsför-

¹⁰³ ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.

¹⁰⁴ Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

¹⁰⁵ IVO förstudie (2020).

säkringar, att hänsyn tas till de olika sorters undanträngning som finns. Det finns exempelvis undanträngning som kan drabba enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som kan drabba större patientgrupper. Undanträngning på individnivå kan uppstå på grund av hur enskilda professionsutövare väljer att prioritera patienter. Undanträngning på systemnivå kan ha sin bakgrund i beslut på en högre administrativ nivå i en region. En privat vårdgivare har sannolikt bättre förutsättningar att hantera prioriteringar på individnivå än prioriteringar på systemnivå där övergripande prioriteringsbeslut fattats av regionen. I det sistnämnda fallet utgör den privata vårdgivaren en leverantör åt regionen och ska utföra uppdraget i enlighet med exempelvis regionens egna vårdprogram.

För att kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom ett område bedömer dessutom Socialstyrelsen att det generellt behövs bättre prioriteringsunderlag för vården.¹⁰⁶ Socialstyrelsen anför att det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifter till.¹⁰⁷ Vård- och omsorgsanalys anser att regionerna i större utsträckning även borde göra medicinska revisioner som följer upp de medicinska prioriteringarna och hur dessa görs och följs.¹⁰⁸ Dessa observationer och slutsatser skulle enligt utredningens bedömning även vara relevanta om en fördjupad analys ska göras av undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar. Även de observationer som har gjorts i rapporterna om bl.a. drivkrafter och målkonflikter som kan utmana det normsystem som finns i hälso- och sjukvården rörande bl.a. prioriteringar torde vara av intresse att analysera vidare.

I kapitel 14 lyfter utredningen ett antal områden där bristande kunskap finns och där det kan finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Undanträngning och övrig påverkan som ett resultat av privata sjukvårdsförsäkringar är en sådan fråga. De ovan refererade rapporterna om undanträngning vad gäller vårdgarantin, kömiljarden, vårdval i primärvården, standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt, pekar på frågeställ-

¹⁰⁶ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 138, där myndigheten bl.a. anför att regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov eftersom det finns ett behov av ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar.

¹⁰⁷ Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.

¹⁰⁸ Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 15.

ningar och definitioner som utredningen bedömer som relevanta i en fördjupad undersökning av undanträngning och påverkan till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

12 Överväganden och skäl för förslag

I detta kapitel redovisas utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. De konkreta förslagen redovisas i efterföljande kapitel.

Kapitlet inleds med en analys av statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Därefter beskrivs faktorer som gör det svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Ett särskilt avsnitt ägnas åt privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen. De olika intressen som behöver beaktas i frågan som rör privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs. Kapitlet avslutas med utredningens skäl för förslag på åtgärder.

12.1 Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Staten och regionerna har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården vilket följer av flera författningar. Vårdgivarna har ett ansvar, enligt författningar och avtal med regionerna, att följa de regler och krav som staten och regionerna ställer på vårdgivarna.

Diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar är främst inriktad på de privata vårdgivare som har flera uppdragivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.¹ Centralt är då frågan hur de privata vårdgivarna tillförsäkrar, i enlighet med reglerna, de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård samtidigt som de tar emot privatfinansierade patienter. Utredningen vill dock betona att det är viktigt att all hälso- och sjukvård uppfyller kraven på en god och patientsäker vård. Privata sjukvårds-

¹ För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

försäkringar kan förekomma som betalningsform hos privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård, dvs. vård som regionen inte är huvudman för. IVO:s uppdrag avser att utöva tillsyn över all vård.

12.1.1 Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Hälso- och sjukvården i Sverige är huvudsakligen 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 alltså 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 eller flera regioner, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag och kontantbetalande patienter. Regioner är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Privat hälso- och sjukvård har länge funnits parallellt med den offentligt drivna och finansierade vården. Frågan om privata vårdgivare har kommit i ökat fokus under de senaste decennierna och diskussionen har då ofta rört frågor om vård efter behov och på lika villkor, vinst i välfärden och privata sjukvårdsförsäkringar som finansieringsform.²

Det finns inte i dag något gällande beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för

² För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

hälso- och sjukvård. Det saknas således regler som tar sikte just på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns t.ex. inte några regler som anger att det skulle vara förbjudet med privatfinansierad vård eller betalning via sjukvårdsförsäkringar. Det finns inte heller några särskilda målbestämmelser i HSL som enbart tar sikte på den privatfinansierade vården. Till exempel gäller bestämmelserna om den etiska plattformen i 3 kap. HSL för all vård, oavsett om det är frågan om offentlig eller privat drift och/eller finansiering. Det finns inte några närmare regler om hur regionerna ska utöva sitt huvudmannaansvar, t.ex. vilka särskilda villkor som ska anges i avtalet med den privata vårdgivaren. Vidare finns det inte några regler om statistik eller data om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

I vissa länder finns särskilda regler som rör just privata sjukvårdsförsäkringar. I t.ex. Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. (se mer i kapitel 10.6).³

Även om det inte finns några regler som uttryckligen tar sikte på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar finns det ett antal regler som ska tillämpas för all vård oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelser om patientsäkerhet i patientsäkerhetslagen (2010:659). Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar eller för vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Både de offentligfinansierade och de privatfinansierade patienterna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Det finns även kommunalrättsliga, skatterättsliga och försäkringsrättsliga regler som kan bli tillämpliga i fråga om privatfinansierad vård.⁴

12.1.2 Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Som anges i det föregående avsnittet finns det inte i dag några gällande särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och följaktligen inte heller några förarbeten till en sådan reglering. Frågan om huruvida det är tillåtet med finansiering av hälso- och sjuk-

³ Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) för fler exempel på regleringar rörande privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder.

⁴ För beskrivning av bakgrunden till förändringen av förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar år 2018, se kapitel 3.1.15.

vård med privata sjukvårdsförsäkringar har berörts i ett par tidigare lagstiftningsarbeten. Sedan den 1 januari 1983 då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ersatte sjukvårdslagen (1962:242), har det dessutom under några få år funnits bestämmelser som berör frågan.⁵

Den första regleringen var en särskild lag och gällde 2001–2002. Regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning inskränktes år 2001 genom lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.⁶ Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Lagen var tidsbegränsad i avvaktan på utredning av nytt regelverk och innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Den socialdemokratiska regeringen föreslog att lagen skulle förlängas till den 31 juli 2004⁷ men då det inte föreföll finnas tillräckligt stöd i riksdagen återkallades propositionen.⁸

Den andra regleringen avsåg ändringar i två bestämmelser i den då gällande hälso- och sjukvårdslagen och gällde åren 2006–2007. Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Av bestämmelserna framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Propositionen byggde på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet.⁹ I förarbetena till regleringen angavs att finansieringen av den vården inte fick ske med privata sjukvårdsförsäkringar eller kontant betalning.¹⁰

Alliansregeringen upphävde regleringen.¹¹ Upphävandet av regleringen innebar att bestämmelserna återgick till den lydelse de hade tidigare. Detta skulle kunna tolkas som att finansiering genom försäkringar åter blev tillåten inom sådan verksamhet som omfattades av bestämmelsen. Det fördes dock inte några sådana resonemang i den

⁵ Nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30) trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

⁶ Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6, bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.

⁷ Prop. 2002/03:9.

⁸ Skr. 2002/03:22.

⁹ Prop. 2004/05:145, s. 7.

¹⁰ Prop. 2004/05:145, s. 55.

¹¹ Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

proposition som föregick upphävandet av regleringen.¹² Regleringen som upphävdes avsåg dessutom bara viss vård (nämligen vård som bedrevs vid sjukhus och där driften överlämnats av regionen till en privat vårdgivare) och inte all vård, varför det är svårt att dra några slutsatser om finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar generellt.

År 2017 överlämnade regeringen till riksdagen en proposition med förslag på regler om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.¹³ Propositionen byggde på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om en välfärd utan vinstintresse.¹⁴ Propositionen innehöll följande förslag till ny bestämmelse i HSL:

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

De principer som åsyftades var att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Propositionen innehöll även förslag till bestämmelse om att regionernas avtal enligt 15 kap. HSL skulle innehålla villkor om det nya kravet. Förslaget beskrevs som ett förtydligande av principer som redan gällde för den vård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar.¹⁵

Skrivningarna i propositionen skulle kunna tolkas som att det skulle vara vanligt förekommande och tillåtet med privata sjukvårdsförsäkringar inom den vård där regionen är huvudman men har lämnat över åt en annan aktör att utföra. Även i direktiven till denna utredning noteras att personer med privata sjukvårdsförsäkringar genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I flera remissvar till departementspromemorian Ds 2016:29, som föregick propositionen, påtalas dock att frågan om försäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården är föremål för olika tolkningar.¹⁶ Flera remissinstanser menar att det behöver tydliggöras vad som gäller för privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården.

¹² Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

¹³ Prop. 2016/17:166.

¹⁴ Prop. 2016/17:166, s. 7.

¹⁵ Prop. 2016/17:166, s. 25.

¹⁶ Se t.ex. yttranden från Region Skåne, Landstinget Dalarna, Landstinget i Värmland, Stockholms läns landsting, SKR, Region Örebro län och Uppsala universitet.

I kommentar till dessa remissynpunkter uttalar regeringen att det inte finns något uttryckligt förbud för den offentligt drivna vården att ta emot försäkringspatienter som samtidigt omfattas av regionens skyldighet enligt HSL att erbjuda vård till dem som är bosatta i regionen. Regeringen uttalar sedan att det i praktiken enbart är privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Det skedde därför inte något sådant förtydligande som vissa remissinstanser efterfrågade.¹⁷

Lagrådet tillstyrkte inte regeringens proposition.¹⁸ Lagrådet uttalade att det inte hade visats att den föreslagna lagstiftningen behövdes. Vidare uttalade Lagrådet att det inte heller hade klarlagts att förslaget skulle få konsekvenser som gynnar de patienter som riskerar att missgynnas på grund av privata sjukvårdsförsäkringar. Det framgick inte heller, enligt Lagrådet, hur de föreslagna bestämmelserna skulle kunna utvärderas. Lagrådet kunde mot den bakgrunden inte tillstyrka att förslaget skulle genomföras, särskilt som det sades vara endast ett förtydligande av vad som redan gällde. Riksdagen ansåg inte att regeringen hade visat att det fanns något behov av lagändringen och avlog propositionen vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.¹⁹

Såvitt utredningen känner till förekommer det inte att verksamheter som regionen bedriver i egen regi, tar emot betalning för hälso- och sjukvård via en privat sjukvårdsförsäkring. Inte heller känner utredningen till att en privat vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen finansierar den upphandlade vården via en privat sjukvårdsförsäkring. Det förekommer således inte i dag privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det betyder dock inte att det uttryckligen är förbjudet.²⁰ En privat vårdgivare kan bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och den privatfinansierade vården skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården, vilket beskrivs mer utförligt i kapitel 11.

Som beskrivs i kapitel 6 förekommer det att regionerna, utöver patientavgifter, tar emot ersättning för utförd hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. Regionerna kan bedriva tjänsteexport, och den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant

¹⁷ Prop. 2016/17:166, s. 24.

¹⁸ Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.

¹⁹ Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.

²⁰ Av kommunallagen (2017:725) följer vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Detta sker med stöd av särskild lagstiftning, s.k. kompetensutvidgande lagstiftning, som innebär att kommuner och regioner får ett mer långtgående mandat än vad som följer av kommunallagen (2017:725).²¹ Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna själva betalar för, helt eller delvis. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starr-operation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.²²

Som anges i det föregående ska de vanliga reglerna som gäller för all hälso- och sjukvård även tillämpas för den vård som finansieras av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. de som anges i 3 kap. HSL om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, samt det som anges i patientsäkerhetslagen (2010:659) om patientsäkerhet och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilda resonemang om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till dessa regler saknas i princip i förarbetena till de olika bestämmelserna.

Vad gäller den etiska plattformen och bestämmelserna i 3 kap. HSL är det svårt att få någon ledning av förarbetena om hur den ska tillämpas i praktiken eftersom det i stort sett helt saknas resonemang om privat vård i förarbetena, såväl om privat drift som om privat finansiering. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram främst för att hantera prioriteringar i den offentlig-finansierade vården, som en utgångspunkt för hur de gemensamma resurserna på bästa sätt skulle användas. Utifrån förarbetena går det inte att dra slutsatsen att privat vård eller privata sjukvårdsförsäkringar skulle vara oförenliga med den etiska plattformen. På de ställen där privatfinansierad vård nämns, uttrycks det indirekt. Det anges att i princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen

²¹ Se 5 kap. lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

²² Se mer i kapitel 8.2.3 och i Smer 2014:1.

för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården.²³ Samtidigt framhålls i betänkandet, som utgjorde ett av beredningsunderlagen för propositionen, att samhället knappast kan förbjuda medborgarna att på egen bekostnad söka vård, även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder.²⁴ Utredningen noterar att det inte finns några skrivningar i förarbeten om hur en vårdgivare ska agera om den enskilde själv vill betala för vården.

Vad gäller behovs-solidaritetsprincipen är den 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. De privata vårdgivarna har inte samma förutsättningar som regionerna att följa behovs-solidaritetsprincipen på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser.

År 2018 ändrades de skatterättsliga reglerna och numera ska privata sjukvårdsförsäkringar som bekostas av arbetsgivaren förmånsbeskattas. I propositionen som föregick den regleringen finns inte några resonemang om att det, t.ex. under vissa förutsättningar, inte skulle vara tillåtet med finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.²⁵ Som beskrivs i kapitel 8.8.1 motiverades förmånsbeskattningen i stället med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning. Förarbetena innehåller inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån förarbeten finna att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovs-solidaritetsprincipen, så länge den följs. Under förutsättning att vårdgivaren således följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika väntetider. Vad som regleras i regionernas avtal om väntetider utifrån vårdgarantin eller i försäkringsbolagens avtal om tidsgränser är underordnat behovs-solidaritetsprincipen.

²³ Prop. 1996/97:60, s. 25.

²⁴ SOU 1995:5, s. 25.

²⁵ Se prop. 2017/18:131, t.ex. s. 44.

12.1.3 Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom regler och förarbeten utgör även praxis från domstolar och myndigheter rättskällor, dvs. beskriver vad som är gällande rätt.

Staten, i form av tillsynsmyndigheten IVO, har ett ansvar att kontrollera att den som bedriver hälso- och sjukvård uppfyller regelverken. IVO har hittills inte fattat något tillsynsbeslut vad gäller frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har t.ex. inte kontrollerat vilka patientsäkerhetsrisker som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar vad gäller olika väntetider eller hur regionerna tar sitt huvudmannaansvar för de offentligfinansierade patienterna. Det finns således inte några praxisskapande beslut som kan ge ledning för hur regelverken ska tolkas och tillämpas i enskilda situationer. IVO har dock i en förstudie gjort allmänna uttalanden om hur en sådan tillsyn skulle kunna utföras.²⁶

Det finns även andra myndigheter, så som Konkurrensverket, Upphandlingsmyndigheten och Socialstyrelsen, som har till uppgift att stödja och utfärda föreskrifter, riktlinjer och/eller stöd riktade till aktörerna inom vården. De har dock inte tagit fram stödjande dokument som avser frågor om just privata sjukvårdsförsäkringar. Konkurrensverket har t.ex. inte utövat någon tillsyn beträffande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen känner inte till att det finns några domstolsavgöranden som kan ge ledning, t.ex. rörande regionernas upphandling och vilka krav som regionerna kan ställa i avtalen rörande den privatfinansierade vårdens påverkan på den offentligfinansierade vården utifrån det s.k. upphandlingsföremålet. Upphandlingsmyndigheten har inte heller några stöddokument just kring denna fråga.

Socialstyrelsen arbetar på flera olika sätt med prioriteringsfrågor inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer som innehåller rekommendationer kring hur olika tillstånd och åtgärder bör prioriteras. Socialstyrelsen har inte tagit fram några särskilda riktlinjer t.ex. kring prioriteringar vad gäller vård som ges via privata sjukvårdsförsäkringar i relation till offentligfinansierad vård.

I rapporter från statliga utredningar och myndigheter har frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar berörts, men det är enbart

²⁶ IVO förstudie (2020).

några få som uttryckligen har undersökt frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser. Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker.²⁷ Vård- och omsorgsanalys lämnade då rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3). Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.

I rapporten *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter* (rapport 2014:1) från Statens medicinsk-etiska råd (Smer) berörs frågeställningar rörande privat finansiering i den offentliga vården och då utifrån beskrivningarna av med- och egenfinansiering och tilläggstjänster. Resonemangen i rapporten kan delvis appliceras på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.²⁸

Det saknas således ledning från tillsynsmyndigheters praxis och övriga myndigheter om rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

12.1.4 Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom att det saknas specifika offentlighetsrättsliga regler som gäller just privata sjukvårdsförsäkringar, saknas också regler som möjliggör insamling av data i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. De centrala register som finns, t.ex. Socialstyrelsens patientregister, IVO:s vårdgivarregister och de flesta nationella kvalitetsregister, saknar uppgift om finansieringsform. Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR omfattar inte den privatfinansierade vården. Det saknas således en nationell infrastruktur med information om bl.a. hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar samt vilka patienter det är som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar.

²⁷ Regeringsbeslut 2020-01-16, S2020/00213/FS (delvis).

²⁸ Se närmare beskrivning av denna rapport i kapitel 8.

12.1.5 Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård och regionen är då inte huvudman för den vården. I de fall en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare är regionen endast huvudman för den vård som bedrivs på uppdrag av regionen. Regionen anger villkor för hur vården ska bedrivas i avtalet med den privata vårdgivaren.

Ett flertal regioner har avtal med vårdgivare som bedriver vård både på uppdrag av regionen och på uppdrag av andra, t.ex. försäkringsbolag. Några regioner har i vissa avtal reglerat särskilt vad som gäller i de fall den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och då även tar emot försäkringspatienter. Andra regioner menar att det inte är regionens uppgift att reglera det då de bedömer att frågan inte ryms inom upphandlingsföremålet. Ett par andra regioner har uppgett att de befarar att de ska bli bortprioriterade i upphandlingsprocessen om de ställer krav i fråga om vad som gäller när vårdgivaren även tar emot försäkringspatienter. Det saknas därför ledning från regionernas praxis kring avtalsskrivande och vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. när vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider/tidsgränser.

12.1.6 Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att det finns skilda uppfattningar och en osäkerhet i fråga om vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns en osäkerhet om när privatfinansiering, och då särskilt i form av betalning via en försäkring, är tillåtet. Vidare upplevs det vara oklart vad som gäller för en privat vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, och då särskilt vad som gäller i frågan om olika väntetider/tidsgränser. Osäkerheten gäller även gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet och hur långt regionens huvudmannans ansvar stäcker sig. Det uttrycks även osäkerhet kring ansvarsfördelningen mellan regionens kontroll och IVO:s tillsyn. Denna osäkerhet har framkommit i intervjuer och kontakter med regioner, vård-

givare och andra berörda aktörer.²⁹ Även om de olika aktörerna har olika intressen och gör olika prioriteringar om vad som är viktigt ur deras perspektiv finns det en samstämmighet i att de efterfrågar en ökad tydlighet i frågan.

Vissa menar att målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, uppfylls så länge vårdgivaren uppfyller de krav som regionen har ställt i avtalet. Så länge vårdgivaren uppfyller dessa krav kan vårdgivaren därmed även bedriva privatfinansierad vård och således ta emot patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar. Andra menar att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovsprincipen i HSL. Det skulle därför inte vara tillåtet att bedriva vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, i vart fall inte om vårdgivaren samtidigt bedriver offentligfinansierad vård. Det finns en osäkerhet om vilket ansvar regionen har för eventuell påverkan på den offentligfinansierade vården i de fall den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.³⁰

12.1.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det saknas uttryckliga regler som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. om hur vården får finansieras och huruvida privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen, behovs-solidaritetsprincipen och övriga regler och principer, t.ex. om en jämlik vård, vård på lika villkor för hela befolkningen samt bestämmelser om patientsäkerhet, huruvida en privat vårdgivare får tillämpa olika väntetider för offentligfinansierade patienter (enligt vårdgarantin) och för privatfinansierade patienter (enligt avtal med försäkringsbolagen). Vidare saknas regler om hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig när vården utförs av en privat vårdgivare och ansvarsfördelningen mellan IVO:s kontroll och regionernas kontroll över de privata vårdgivarna. Det saknas även annan rättslig ledning, t.ex. i form av förarbetsuttalanden eller vägledning från tillsynsmyndigheter och andra aktörer, i dessa frågor. Vidare saknas data och annan kunskap rörande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och vilken påverkan försäkringarna har

²⁹ Se beskrivning av utredningens undersökning i kapitel 6.6.

³⁰ Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 76.

på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Det saknas regler som möjliggör insamling och behandling av uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att staten och regionerna inte har tagit tillräckligt ansvar för att klargöra rättsläget i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa att patienterna får en god och patientsäker vård.

12.2 Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården

I föregående avsnitt beskrivs det oklara rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och de osäkerheter som denna oklarhet skapar. Detta medför svårigheter att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Vid utredningens kontakter med olika aktörer framkommer det även en otydlighet om vem som tar ett helhetsansvar för vården. T.ex. upplevs det vara oklart hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig och även hur det ansvaret förhåller sig till IVO:s tillsynsansvar. Denna otydlighet gäller inte bara finansieringen utan hälso- och sjukvården i stort.³¹ Vård- och omsorgsanalys bedömning är att det inte tas ett helhetsansvar, varken på nationell, regional eller vårdgivar-nivå, för att säkerställa att vården ges utifrån behov och på lika villkor.³²

Det finns ett antal faktorer som bidrar till att det är svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård. I det följande beskrivs några av dessa faktorer.

Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården och området är av stor betydelse för samhället. Sverige har höga ambitioner för hälso- och sjukvårdspolitiken. I budgetpropositionen uttalas att målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv vård av god kvalitet, som är jämlik, jämställd och tillgänglig.³³ Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda resultat inom flera viktiga områden, samtidigt som det finns en rad utmaningar t.ex. avseende väntetider och kompetensförsörjning.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått strukturförändringar och är för närvarande föremål för flera

³¹ Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19 s. 132 f., SOU 2021:4, s. 27 samt Dir. 2020:81.

³² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 9.

³³ Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

förändringar som gör området komplext och svårt att överblicka. Det pågår t.ex. en omställning i och med god och nära vård-reformen där primärvården ska vara den tydliga basen och första linjen.³⁴ Det pågår också ett reformarbete avseende högspecialiserad vård. Syftet är att minska risker för patienter, öka kvaliteten samt förbättra möjligheterna för patienter att få en jämlik vård oavsett var i landet man bor.³⁵ Det pågår även flera statliga utredningar som har i uppdrag att lämna förslag som kan komma att påverka hälso- och sjukvården utifrån ett systemperspektiv.³⁶

Den pågående covid-19-pandemin förstärker utmaningarna för hälso- och sjukvården och har krävt att regionerna och vårdgivarna behövt ställa om för att kunna hantera sjukdomen och dess konsekvenser. En stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden.

Ytterligare en komponent, som gör den svenska hälso- och sjukvården svår att överblicka, är att det är flera olika huvudmän, vårdgivare och andra aktörer, som tillsammans ansvarar för den svenska hälso- och sjukvården.³⁷ Den svenska hälso- och sjukvården karakteriseras av decentralisering. Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, och de 21 regionerna och 290 kommunerna har tillsammans ansvaret för att genomföra hälso- och sjukvården. Därtill kommer de statliga myndigheterna som har ett nationellt ansvar inom sina områden, t.ex. tillsynsmyndigheterna IVO och Konkurrensverket. Dessutom förekommer i regionerna privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. I vissa regioner finns det många privata vårdgivare medan det i andra regioner inte är lika vanligt förekommande.

Att en otydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården försvagar och försvårar styrningen samt gör hälso- och sjukvården komplex, påtalas av flera statliga utredningar.³⁸ Coronakommissionen uttalar sig om äldreomsorgen, men deras uttalanden har bäring även på hälso- och sjukvården. Coronakommissionen uttalar att

³⁴ Prop. 2017/18:83, s. 19.

³⁵ SOU 2015:98.

³⁶ Se t.ex. Coronakommissionen (S 2020:09), Tillgänglighetsdelegationen (S 2020:12), Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16), Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) samt det nyligen lämnade betänkandet *Riksidressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71) från Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

³⁷ Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19, s. 115 och SOU 2020:80, s. 111.

³⁸ Se t.ex. SOU 2018:89, SOU 2017:48 och SOU 2016:78.

regeringen styr riket (1 kap. 6 § regeringsformen) och att regeringen därför hade bort ta de initiativ som behövts för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris. Kommissionen uttalar att det är den sittande regeringen, liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap, som bär det yttersta ansvaret för de brister som identifierats.³⁹ Att regeringen, förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner ansvarar för sina beslut, föreskrifter, direktiv, riktlinjer och allmänna råd är närmast en självklarhet. Svårare är det, enligt Coronakommissionen, att avgöra vem som borde ha agerat när åtgärder saknats, liksom vem som bär ansvar för strukturella brister hos existerande institutioner och regelverk. Det senare är, enligt kommissionen, "särskilt delikat" om olika myndigheter och huvudmän ansvarar för olika delar av verksamheten.⁴⁰ Coronakommissionen konstaterar att ju fler som delar på ansvaret, desto svårare blir det att få helheten att fungera väl i praktiken.⁴¹

Det finns också utmaningar med hur staten styr hälso- och sjukvården. I en granskningsrapport om hur staten har organiserat hälso- och sjukvården har Riksrevisionen identifierat fem styrmedel riktade till vårdens huvudmän. Dessa är

1. Reglerande styrmedel (lag och förordning).
2. Kunskapsstyrning.
3. Ekonomisk styrning (statsbidrag och överenskommelser).
4. Kontroll (tillsyn).
5. Övriga styrmedel (t.ex. öppna jämförelser, nationella handlingsplaner).

Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att statens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet har skett genom överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier.⁴² Det står i kontrast till Ansvarskommitténs bedömning att statens styrning bör inriktas mot normering och att andra styrformer bör begränsas.⁴³

Sammanfattningsvis finns det ett antal faktorer som gör att det är svårt för de olika aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjuk-

³⁹ SOU 2020:80, s. 278.

⁴⁰ SOU 2020:80, s. 278.

⁴¹ SOU 2020:80, s. 14.

⁴² RiR 2017:3, s. 15 ff.

⁴³ SOU 2007:10, s. 93.

vården. Frågan om ansvaret för finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar behöver ses i ljuset av detta.

12.3 Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen

12.3.1 Inledning

I direktivet till denna utredning anges att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. I direktivet står också att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården.⁴⁴

För att förstå förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är det, enligt utredningens uppfattning, nödvändigt att beskriva de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i det svenska välfärdssamhället. I detta avsnitt beskrivs olika välfärdsmodeller och den diskussion som pågår om det svenska välfärdssamhällets utmaningar och då specifikt avseende hälso- och sjukvården. Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.

12.3.2 Välfärdsmodeller

I det följande ges en redogörelse för tre olika typer av välfärdsmodeller. Det finns omfattande forskning och beskrivningar i detta ämne.⁴⁵ Vidare används olika begrepp för att benämna de olika välfärdsmodellerna. Utredningen har valt att använda neutrala begrepp för att beskriva de olika modellerna och inte använda begrepp som anspelar på ett visst politiskt parti. De tre välfärdsmodellerna benämns således i detta betänkande som den *nordiska modellen* (ibland benämnd den socialdemokratiska), den *korporativistiska* (ibland be-

⁴⁴ Dir. 2020:83.

⁴⁵ Se t.ex. Esping-Andersen (1990), Rothstein (1994), Blomqvist (2016) och Blomqvist och Palme (2020).

nämnd den statskorporativa eller den konservativa) och *grundtrygghetsmodellen* (ibland benämnd den liberala).

De västerländska välfärdsstaterna uppvisar betydande skillnader vad gäller funktion och organisation. Esping-Andersens tes är att sociala egenskaper tenderar att i hög grad samvariera med andra. Utifrån dessa skillnader går det, enligt Esping-Andersen, att identifiera tre olika typer av välfärdssamhällen. Esping-Andersen kallar dessa tre typer för tre olika välfärdsregimer. Genom att använda ordet *regim* vill han poängtera att typologiseringen ser till en stor mängd faktorer inom i stort sett hela välfärdssamhället och även inkluderar relationen mellan staten och ekonomin. En välfärdsstatsregim är ett sätt att organisera och strukturera hela välfärdssamhället vilket föranleder Esping-Andersen att tala om de tre regimerna som tre olika "världar". Esping-Andersens beskrivning är ett slags förenklade typologier (eller idealtyper). Det är inte något lands faktiska välfärdsstatssystem som ser exakt ut som någon av dessa typer.

Begreppet "avvarufiering" ("de-commodification") betecknar i vilken grad välfärdsstaten gör dess medborgare oberoende av marknaden. Det är, enligt Esping-Andersen, välfärdsstatens uppgift att avhjälpa problem så att inte medborgarna är helt utelämnade åt marknadens logik. Annorlunda uttryckt gör välfärdsstaten att människor inte betraktas som varor. För de tre regimerna är skillnader i avvarufieringspotential en avgörande faktor.

Grundtrygghetsmodellen präglas av modesta behovsprövade ersättningar som vanligtvis kräver betydande motprestationer av mottagaren. Regimen förlitar sig i hög grad på marknadslösningar och erbjuder därmed en låg avvarufieringspotential.

Inom den *korporativistiska regimen* är välfärdsstaten mer generös, men välfärdslösningarna är ofta differentierade beroende på yrkesgruppstillhörighet. Kyrkan har också en central roll, vilket medför att välfärdsstaten tenderar att vara organiserad i enlighet med traditionella normer där familjen har stor betydelse. Den korporativistiska regimen är inte särskilt marknadsberoende men är bara måttligt avvarufierande, eftersom välfärdssystemens generositet beror på en persons klass- och yrkestillhörighet.

Den tredje regimen – *den nordiska* – erbjuder den högsta avvarufieringspotentialen. Marknaden spelar en tillbakadragen roll och välfärdssystemen kännetecknas av universalism och generositet. Välfärds-

tjänster som vård, skola och social omsorg tillhandahålls genom offentliga system.

12.3.3 Närmare om den nordiska välfärdsmodellen

Ett värde som förknippas med den nordiska välfärdsmodellen är principen om universalism. Med universalism avses sociala skyddssystem som omfattar alla i ett land, inte endast vissa grupper, och som strävar efter att fördelningen av resurser ska ske på lika villkor. Modellen innebär att alla har tillgång till tjänster som t.ex. skola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg, liksom ekonomiskt stöd vid exempelvis arbetslöshet och sjukdom. Universalism beskriver ett system som riktar sig till hela befolkningen inom ett land i stället för specifika grupper, t.ex. med avseende på inkomst, yrkesstatus eller etnisk tillhörighet. Universell välfärdsolitik syftar till ökad jämlikhet i livsvillkor inom befolkningen samt social integration, dvs. att alla ska känna sig delaktiga i samhället. Universalism som begrepp kan därmed anses bygga på föreställningen att det finns gemensamma värderingar inom befolkningen och en önskan om tillhörighet till en gemenskap som omfattar alla grupper och individer.

De olika välfärdstjänsterna hanteras av det offentliga och finansieras genom skatter. En förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar.

12.3.4 Den svenska välfärdsmodellens utmaningar

Sverige anses tillhöra den grupp av välfärdsmodeller som brukas benämnas den nordiska välfärdsmodellen. Det finns dock en diskussion om huruvida det pågår en utveckling bort från denna välfärdsmodell och om det till och med redan har skett ett systemskifte. Det diskuteras om de olika marknadsreformerna och den ökade privatiseringen som har genomförts i Sverige de senaste decennierna underminerar systemets universalism. Diskussionerna rör inte enbart hälso- och sjukvårdssystemet utan pågår även inom t.ex. äldreomsorgen,

socialförsäkringsområdet och skolan. Diskussionerna förekommer både inom forskning och i den allmänna debatten.⁴⁶

I artikeln *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990*⁴⁷ har författarna beskrivit utmaningarna för universalismen på fyra områden nämligen pensioner, socialförsäkring, familjepolitik och hälso- och sjukvård. En särskild diskussion förs kring privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt artikeln indikerar framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar att gapet har ökat mellan vad invånarna och arbetsgivare efterfrågar och vad den offentliga vården kan erbjuda. Flera studier indikerar enligt författarna att de ökade väntetiderna inom främst specialistvården är orsaken till framväxten av hälso- och sjukvårdsförsäkringarna. Samtidigt konstateras att mycket tyder på att den generella tillgängligheten till vården har förbättrats för alla grupper.

I artikeln *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?*⁴⁸ skriver författaren att mycket pekar på att universalismen i den svenska välfärdstjänstesektorn har försvagats. Denna försvagning märks, enligt författaren, genom att tjänsternas innehåll inte längre är enhetligt och att deras förmåga att tillgodose medborgarnas behov har avtagit, vilket märks genom en framväxande privat social tjänstesektor vid sidan av de offentliga systemen. Författaren skriver att det finns tecken på en uppluckring av principen om gemensam finansiering inom hälso- och sjukvården. När det gäller den framtida utvecklingen av universalismen i den svenska välfärdsmodellen framstår, enligt författaren, växande privata marknader inom välfärdstjänstekonsumtion som en av de största utmaningarna. Fortsätter andelen privata sjukvårdsförsäkringar att öka samtidigt som den privatfinansierade vårdmarknaden expanderar, riskerar Sverige att utveckla ett system där de ekonomiskt starkare grupperna, eller de med rätt anställning, köper sig mer förmånliga vårdtjänster medan övriga hänvisas till det offentliga systemet. Författaren menar att då har universalismen definitivt urholkats, även med avseende på principen om solidarisk finansiering.

I forskningsrapporten *Vården är värd en bättre styrning* skriver författaren att befolkningen kan ifrågasätta själva existensen av pri-

⁴⁶ Se t.ex. Rothstein (1994), Blomqvist (2016), Blomqvist och Palme (2020), Anell (2020) och Lapidus (2020). Se även t.ex. DN Debatt, Barr och Palme, 21 december 2020 och DN debatt, Lapidus, 6 september 2019.

⁴⁷ Blomqvist och Palme (2020).

⁴⁸ Blomqvist (2016).

vata sjukvårdsförsäkringar eftersom de innebär att traditionen om universalism, att alla ska behandlas lika, urholkas.⁴⁹

Vård- och omsorgsanalys beskriver i rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* att en risk med förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar är att det kan uppstå ett tudelat system eftersom det på sikt kan leda till två typer av sjukvård, försäkringsfinansierad och offentligfinansierad. Risken är att kvaliteten och innehållet i de två olika systemen skiljer sig åt och att personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt exempelvis i hälsa, ålder, inkomst och utbildning.⁵⁰

Som beskrivs ovan är en förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar. SOM-institutet vid Göteborgs universitet samlar årligen in kunskap om allmänhetens inställningar i olika frågor som rör samhället. Även SKR gör årliga mätningar av befolkningens attityder, förtroende och uppfattning om hälso- och sjukvården (den s.k. Hälsobarometern). Dessa undersökningar visar att förtroendet för hälso- och sjukvården har ökat kraftigt i hela landet under pandemin.⁵¹

Även över tid har förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och det offentliga varit stort. Det finns en vilja att bidra till systemet genom att betala skatt.⁵² I SOU 2001:57 beskrivs att det kan vara svårt att göra mätningar av befolkningens förtroende för exempelvis hälso- och sjukvården, hur utvecklingen av förtroendet har varit över tid och skillnader mellan andra länder m.m. Referenspunkter bakåt i tiden och till andra länder måste finnas. Attitydmönster anses också kunna vara komplexa och till vissa delar motsägelsefulla.⁵³

I en nyligen publicerad artikel har man undersökt om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkat viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. I studien kunde man inte se några skillnader mellan personer med respektive utan sjukvårdsförsäkring gällande viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. Inkomst och politisk uppfattning hade större inverkan på viljan att betala skatt. Författarna konstaterar även att motsvarande resultat

⁴⁹ Anell (2020), s. 129 f.

⁵⁰ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.

⁵¹ SKR (2021) och SOM-institutet (2020). Se även IVO 2021-7, s. 31 och SOU 2021:59, s. 95.

⁵² Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71 ff.

⁵³ Se SOU 2001:57, s. 363 och 382.

återfanns i en norsk studie gällande privata sjukvårdsförsäkringar i Norge.⁵⁴

Vård- och omsorgsanalys skriver i sin rapport, som publicerades innan den i föregående stycket beskrivna studien var utförd, att med tanke på att privata sjukvårdsförsäkringar i dag bara står för omkring en procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården är det inte förvånande att det inte går att se någon effekt på förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt på aggregerad nivå. Det är först på längre sikt som effekterna kan tänkas uppstå.⁵⁵

I ovan nämnd SOU 2001:57 beskrivs att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar i sig har ansetts kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera det som efterfrågas.⁵⁶

Sammanfattningsvis pågår en diskussion om huruvida det håller på att ske, eller till med redan har skett, en förflyttning bort från den nordiska välfärdsmodellen rent allmänt. Det finns även en diskussion som rör just privatfinansiering av hälso- och sjukvården och hur den passar in i den nordiska välfärdsmodellen med universalismen som grund. Hittills har det inte gått att se att förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och viljan att bidra till systemet genom att betala skatt har påverkats. Hur man ska se på utvecklingen och vilka för- och nackdelar som finns med olika modeller är dock, enligt utredningen, en politisk fråga.

I kapitel 14 beskrivs olika frågor som framöver kan behöva undersökas ytterligare. Ett område som nämns är analyser av vad som driver framväxten av försäkringar och hur olika incitament för att teckna försäkringar kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

⁵⁴ Kullberg et al. (2021).

⁵⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71.

⁵⁶ SOU 2001:57 s. 363. En undersökning som redovisas i utredningen visar att tilliten och betalningsviljan för välfärdspolitiska områden i Sverige i stort var oförändrade mellan 1997 och år 2000. Ett område där människors tillit hade minskat var sjukvården. Sjukvården var den enda enskilda indikator där en statistiskt signifikant förändring hade kunnat konstateras. I betänkandet anges att "röster höjts för att ge privata vårdförsäkringar ökat svängrum på samma sätt som inom pensionssystemet". Det anges även att "Tendenserna till att förtroendet för sjukvården sjunker inom alla grupper ansågs vidare kunna tyda på att sådana argument kan få gehör också utanför de högre tjänstemannagrupper som hittills varit de privata vårdförsäkringarnas främsta målgrupp."

12.4 Intresseavvägning

Det finns flera intressen som behöver beaktas i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa av dessa intressen kan komma i konflikt med varandra och behöver därför vägas mot varandra.

Det övergripande intresset som beskrivs i direktivet är politikernas och de enskildas värnande om välfärdsmodellen och mer specifikt det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården att den ska tillhandahålla en fungerande och effektiv hälso- och sjukvård med god och patientsäker vård på lika villkor för hela befolkningen.

Andra intressen kan vara den enskildes självbestämmanderätt och val att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt har inte alla samma möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Som konstaterats tidigare tecknas den absoluta merparten av de privata sjukvårdsförsäkringarna (90 procent) av arbetsgivarna eller som andra grupp-försäkringar (t.ex. genom fackförbund). Försäkringstagarna är således främst personer som är i arbetsför ålder och som finns på arbetsmarknaden.

Ytterligare ett intresse är patientens upplevelse av vården och kvaliteten och t.ex. patientens eller dess närståendes syn på om vården är lätt tillgänglig och om vårdgivarna tillgodoser deras behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821).

Ett annat intresse kan vara hälso- och sjukvårdspersonalens tillgång till en bred arbetsmarknad med möjlighet att välja mellan privata och offentliga arbetsgivare.

Arbetsgivares intresse av att de anställda har en god hälsa samt färre och kortare sjukskrivningar kan leda till att vissa arbetsgivare betalar för den enskildes försäkring. De privata sjukvårdsförsäkringarna innehåller också förebyggande och rehabiliterande insatser som delvis överlappar det som utförs inom företagshälsovården. Detta kan medföra att arbetsgivare väljer att erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar då dessa är enklare att erbjuda än företagshälsovård för exempelvis mindre arbetsgivare.⁵⁷

För försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna kan frågan om långsiktig ekonomisk stabilitet i verksamheten, vinster, avtalsfrihet och näringsfrihet vara viktiga värden.

⁵⁷ Palme, M. (2017), s. 23.

12.5 Utredningens skäl för förslag

Utredningens bedömning: Staten och regionerna behöver 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 och säkerställa en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna bör ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har konstaterat att det saknas regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har utredningen visat att denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Det finns inte en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om bl.a. hur vården får finansieras, och då särskilt när den får finansieras privat, vårdgivarens skyldigheter t.ex. vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare samt IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I avsaknad av ledning från regler, förarbeten och praxis har det överlämnats åt IVO, regionerna och vårdgivarna att hantera frågan.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som specifikt rör privata sjukvårdsförsäkringar men har i en förstudie beskrivit hur en sådan tillsyn skulle kunna gå till. IVO har dock till utredningen framfört behov av fler och nya verktyg för att kunna utöva tillsynen. Vissa men inte alla regioner reglerar frågan i avtalet med vårdgivarna. Avsaknaden av regler som möjliggör insamling av officiella data har medfört svårigheter att följa upp och utöva tillsyn samt analysera vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har för hälso- och sjukvården.

Utredningen kan således konstatera att dagens reglering inte är anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor

som rör privata sjukvårdsförsäkringar vilket ger upphov till diskussioner som inte gagnar frågan.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvården mellan staten och regionerna beskrivs närmare i kapitel 6. Av regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Riksdag och regering har ansvar för att det finns tydliga och ändamålsenliga regelverk som går att följa upp och genom tillsyn kontrollera och säkerställa att de efterlevs. Ett tydligt regelverk är nödvändigt ur rättssäkerhetssynpunkt. Staten har även det övergripande ansvaret för nationell statistik och kunskapsstyrning. Både IVO och Socialstyrelsen är myndigheter som är centrala i statens arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.⁵⁸

Utredningen anser att det behövs ett aktivt och medvetet beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta ett ansvar och ange de rättsliga ramarna och ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård.⁵⁹ En tydlighet 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 det kommunala självstyret, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna denna fråga till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Det finns ett ytterligare antal omständigheter som talar för att en otydlighet och bristande kunskap i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är olämplig. Det är i dag cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring och antalet har ökat de senaste åren. Liknande ökning ses i de andra grannländerna. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i dessa länder har vuxit fram på motsvarande sätt som i Sverige, dvs. utan ett aktivt beslut från riksdagen eller regeringen.⁶⁰

Det finns inte i Sverige några begränsningar av vilken vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, så som det t.ex. ser ut i Kanada, där försäkringar inte får omfatta sådan vård som omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen (s.k. supplementära försäk-

⁵⁸ SOU 2020:36, s. 97 ff.

⁵⁹ Se kapitel 2 om begrepp angående vad utredningen menar med en god och patientsäker vård.

⁶⁰ Olesen (2009). Se även beskrivningar av den internationella debatten i kapitel 10.

ringar, se vidare i kapitel 10.6).⁶¹ De svenska försäkringarna täcker den vård som erbjuds av de privata vårdgivarna och som försäkringsbolagen väljer att deras avtal ska omfatta. Omfattningen av den vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan således öka utifrån vilken vård de privata vårdgivarna väljer att bedriva. I samband med förändringen av förmånsbeskattningen år 2018 gjorde regeringen bedömningen att antalet privata sjukvårdsförsäkringar skulle minska. Någon minskning av antalet har ännu inte kunnat konstateras.

Forskare har identifierat ett mönster i fråga om att hälso- och sjukvårdssystemen kan fungera med en liten förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar. Om omfattningen blir alltför stor kan detta få negativa konsekvenser för välfärdssamhället på ett irreversibelt sätt. Vidare har det noterats att en sådan framväxt kan gå fort.⁶²

I kapitel 8 och 11 beskrivs fler områden än försäkringsfrågan som har ifrågasatts utifrån den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen. Exempelvis har det ifrågasatts hur vårdgarantin och vårdvalet kan kombineras med en behovsprövning och den etiska plattformen generellt. Även den snabba framväxten av digitala vårdtjänster (bl.a. s.k. nätläkare) där befolkningen för en begränsad summa kommer i direktkontakt med vården har kritiserats på liknande sätt.⁶³ Dessa diskussioner har huvudsakligen skett efter att de statliga utredningarna har utrett frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Utredningen anser att det är viktigt att följa utvecklingen av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Särskilt viktigt är att identifiera och följa vad som är de bakomliggande mekanismerna till den fortsatta ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar. Som tidigare har angetts kan väntetiderna till den offentliga vården vara en förklaring till framväxten.⁶⁴ Om det sker en utveckling mot att försäkringarna erbjuder ett större utbud av tjänster än vad den offentliga vården kan erbjuda, kan drivkrafterna förändras.

Det finns vidare höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården, och frågor om tillgänglighet och väntetider tar stor plats både i den politiska debatten och bland forskare och allmänheten. Det har lämnats flera förslag och funnits regleringar på området som visar att frågan tillmäts stor betydelse. Även om det saknas mycket

⁶¹ Samtidigt finns det en omfattande förekomst av komplementära försäkringar i Kanada, se vidare i kapitel 10.

⁶² Se mer i kapitel 10.8 och där refererade källor och kapitel 12.3.4.

⁶³ Frågan beskrivs i SOU 2019:42. Se även Bergwall (2021).

⁶⁴ Blomqvist och Palme (2020).

forskning om privatfinansiering av hälso- och sjukvård har två myndigheter, Vård- och omsorgsanalys och IVO, beskrivit hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården i stort. Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § HSL. Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.⁶⁵ Undersökningen är dock behäftad med flera begränsningar varför man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tar undersökningen inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser i stället slutsatserna hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

I en förstudie bedömer IVO att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov och att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för den bedömningen.⁶⁶

Det behövs mer data och kunskap för att forskare och myndigheter ska kunna bedöma påverkan och konsekvenser av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det är också viktigt med ett helhetsperspektiv och att skilja på frågor som rör enskilda fall och frågor som rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att tillämpas på båda nivåer. Utredningen anser att det behöver bli tydligare för allmänheten, politiker och beslutsfattare vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lyfter i kapitel 14 behovet av kunskap om de bakomliggande mekanismerna till ökningen av antalet privata

⁶⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.

⁶⁶ IVO förstudie (2020).

sjukvårdsförsäkringar. Sådan kunskap är viktig för att framtida statliga initiativ och regleringar ska vara ändamålsenliga.

Som bekant är det regeringen som styr Sverige och som lämnar förslag till riksdagen om ny lagstiftning. Lagstiftning sker genom beslut i riksdagen och är således föremål för politiska avgöranden. Utredningen menar att det är lämpligt att frågor som rör finansiering av hälso- och sjukvård där olika intressen behöver vägas mot varandra bör fattas utifrån politiska avgöranden och inte enbart överlämnas till enskilda regioner, vårdgivare och tillsynsmyndigheter att besluta om.

Utredningen anser sammantaget att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data om privata sjukvårdsförsäkringar. Regionerna bör ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna i frågor som kan påverka den offentligfinansierade vården. Staten och regionerna bör ges erforderliga verktyg och förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar. I nästföljande kapitel presenteras utredningens förslag på författningsändringar och andra förslag.

13 Utredningens förslag

13.1 Inledning

I föregående kapitel återfinns utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. I kapitlet konstaterar utredningen att det saknas ändamålsenliga och tydliga regler i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Området är således i princip oreglerat. Av kapitlet framgår vidare att utredningen anser att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra samtliga patienter en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna bör regionerna ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. De bör ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för huvudmännen och vårdgivarna men även för patienterna och allmänheten i övrigt om hur regler ska tolkas och tillämpas.

I detta kapitel redovisas hur de konkreta förslagen ska utformas. Det är fråga om dels författningsförslag, dels andra förslag som utredningen har funnit motiverade.

13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård

Utredningens bedömning: Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården.

Skälen för utredningens bedömning:

13.2.1 Det medicinska behovet ska styra

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor för hela befolkningen är centrala utgångspunkter för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården även för privata vårdgivare, oavsett om den bedrivna vården är offentligfinansierad, privatfinansierad eller både och. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte, utifrån en juridisk bedömning av lagstiftning, förarbeten m.m., kan finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Under förutsättning att vårdgivaren först gör en medicinsk bedömning av den enskildas behov saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika tidsgränser/väntetider. Författnings- eller avtalsreglerade tidsgränser/väntetider är underordnade principen om vård efter behov. 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/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte gett vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då granska om det innebär att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. Regionerna är i egenskap av huvudmän löpande ansvariga för att säkerställa att de

offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård och inte utsätts för negativ påverkan från den privata vårdgivarens övriga uppdrag.

Förutom att vara vägledande i det direkta vårdarbetet är behovs-solidaritetsprincipen avsedd att ge ledning även på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs fram för allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

Behovs-solidaritetsprincipen sätter yttre ramar för hur prioriteringar ska göras. För att kunna göra korrekta prioriteringar i det direkta vårdarbetet utgår vårdens professioner från olika kunskapsstöd som nationella riktlinjer, kunskapsöversikter, regionala vårdprogram, forskningslitteratur m.m. men även information från patienterna och kollegor.¹

13.2.2 Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen

En rad olika aktörer har föreslagit att det bör göras en översyn av den etiska plattformen, bl.a. utifrån hur hälso- och sjukvården har utvecklats men också utifrån de många tolkningssvårigheter som uppges finnas med plattformen.² Utredningen anser inte att det är nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen för att utredningens förslag ska kunna genomföras. Utredningens förslag om nya verktyg för regionerna och IVO syftar till att de ska kunna ta sitt ansvar utifrån sina respektive ansvarsområden. De ska ges bättre förutsättningar att säkerställa att bl.a. bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården följs, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och det gäller olika avtalade tidsgränser.

Utredningen vill dock göra några påpekanden som kan ha betydelse för den framtida diskussionen om hur privata försäkringar förhåller sig till den etiska plattformen och andra grundläggande bestämmelser och principer för hälso- och sjukvården så som en vård på lika villkor för hela befolkningen.

¹ Se vidare i SOU 2017:48, s. 313 ff.

² Se kapitel 8.6 för en beskrivning av olika förslag till översyn av den etiska plattformen.

Den etiska plattformen bygger på tre principer:

- människovärdesprincipen,
- behovs-solidaritetsprincipen, och
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna är rangordnade med människovärdesprincipen högst och kostnadseffektivitetsprincipen underordnad de två andra.³ I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar lyfts oftast dock enbart behovs-solidaritetsprincipen fram. I hälso- och sjukvården kan grundläggande etiska principer ibland komma att stå mot varandra.⁴

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.⁵ I propositionen till bestämmelserna om etiska plattformen framhålls att det inte går att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården utan plattformen avser att ge ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Den etiska plattformen anger då en inriktning och ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.⁶

Utredningen konstaterar också att regleringen av den etiska plattformen i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, togs fram under en tid då privat vård var av mycket begränsad omfattning. Privatfinansierad vård förekom knappt. Diskussionen om efterfrågestyrd vård var heller inte särskilt stor, till skillnad från i dag. Uttalanden i förarbetena tar därför framför allt sikte på den offentligt finansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst, inte den privatfinansierade vården. Privatfinansierad vård nämns endast på några enstaka ställen i propositionen. I direktiven till den utredning som låg till grund för propositionen, var fokus på uppdraget den offentliga vården och hur de offentliga resurserna bäst kan användas.

³ För vidare resonemang, se t.ex. SOU 2019:15, s. 320 ff.

⁴ Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.

⁵ Se Prioriteringscentrum 2015:3, där Prioriteringscentrum framhåller att bedömningen av patientens behov framför allt bör ske i mötet mellan patient och profession men att detta ställer till problem för de prioriteringar som i många fall måste ske på gruppnivå.

⁶ Prop. 1996/97:60, s. 19.

Även om samma grundbestämmelser i 3 kap. HSL gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de under olika förutsättningar, vilket gör att den praktiska tillämpningen kan skilja sig åt. Detta har dock inte kommit till uttryck i 3 kap. HSL. Frågan om hur den etiska plattformen kan tillämpas i den privatfinansierade vården, bl.a. när det gäller s.k. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster, har också lyfts av både Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och Prioriteringscentrum.⁷

Samma resonemang som redovisats ovan gäller även för bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. I förarbetena från år 1981 är det tydligt att bestämmelsen framför allt tar sikte på den offentligfinansierade vården och inte den privata.⁸

Utredningen kan även konstatera att det har skett en förändring i synen på den etiska plattformen, då den inledningsvis framför allt sågs som allmänna principer medan den numera från myndigheter och i diskussionen ibland återopas som skarpa regler som bör användas i tillsynsändan.⁹

Det kan också vara nödvändigt att diskutera hur det går att förena den författningsreglerade vårdgarantin eller avtalsreglerade tidsgränser med kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Även om det i förarbetena anges att vårdgarantin är underordnad de bestämmelserna, beskrivs en risk för att vårdgarantin påverkar regionernas prioriteringar.¹⁰ Utredningen anser att man behöver diskutera huruvida de författnings- eller avtalsreglerade tidsgränserna påverkar möjligheterna att leva upp till kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Det är viktigt att komma ihåg att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården utgör en del av den övergripande frågan om tillgänglighet till hälso- och sjukvården.

Vidare måste diskussioner om privat drift och privatfinansierad vård även beakta andra grundläggande principer, så som avtalsfrihet och näringsfrihet och hur de förhåller sig till den etiska plattformen. Även den enskildas självbestämmande och upplevelser om rättvisa behöver beaktas.

Oavsett om det sker en översyn av den etiska plattformen eller inte är det enligt utredningen viktigt att diskussionen om den etiska

⁷ Se beskrivning i kapitel 8.2.3.

⁸ Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

⁹ Se t.ex. IVO förstudie (2020).

¹⁰ Se beskrivning i kapitel 8.7.

plattformen även omfattar de ovan beskrivna påpekandena som rör den privatfinansierade vården. En sådan diskussion måste, enligt utredningens bedömning, komma in på principiella frågor som bl.a. behöver kopplas samman med vilket välfärdssamhälle Sverige bör ha, hur hälso- och sjukvården ska finansieras och hur resurserna används bäst.

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården

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

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

Skälen för utredningens förslag:

13.3.1 Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas

Som beskrivs i kapitel 6 och 12 finns det inte några uttryckliga regler om hur hälso- och sjukvård får finansieras, varken vad gäller offentlig eller privat finansiering. I kapitel 6.6 beskrivs även de osäkerheter som aktörerna upplever i denna fråga. Under utredningens arbete har det förekommit flera diskussioner kring frågan om ”privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården”. Diskussionerna har framför allt rört situationen där den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.¹¹

Såvitt utredningen har kunnat se utför inte regioner 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 högspecialiserad vård till patienter från ett annat land. Den vår-

¹¹ För beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

den kan t.ex. betalas av den enskilde eller ett försäkringsbolag. Tjänsteexporten möjliggörs genom särskild lagstiftning.¹²

Det finns även viss 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.¹³

Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det är förbjudet, dvs. att det skulle finnas hinder för en region att börja ta emot betalning via privata sjukvårdsförsäkringar. Stockholms läns landsting (SLL) beslutade t.ex. 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Det saknas dock uppgift om att denna möjlighet har utnyttjats.¹⁴

Utredningen kan vidare konstatera att för det fall regionerna skulle ta emot privatfinansierade patienter skulle vården som ges till dessa patienter inte vara offentligfinansierad, även om den utförs i offentlig regi, eftersom finansieringen kommer från annat håll än offentliga medel.¹⁵

Som beskrivs i kapitel 12.2 är dagens reglering rörande finansiering av hälso- och sjukvården inte anpassad utifrån framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser därför att regleringen inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågan om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar, framför allt när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen anser därför att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Enligt utredningens direktiv ska utredningen också lämna författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

¹² Se kapitel 3.6.5 för beskrivning av den lagen.

¹³ Smer 2014:1.

¹⁴ Se t.ex. SKR (2012).

¹⁵ Se vidare i kapitel 2 och kapitel 13.3.3 om begreppet offentligfinansierad vård, samt i kapitel 5 om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar.

13.3.2 Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås

Utredningen föreslår att nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården ska tas in i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelserna ska ange att när regionen bedriver hälso- och sjukvård i egen regi ska den enbart finansieras med offentliga medel om inte annat följer av lag. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller andra privata finansieringsformer.

Det är i dag redan särskilt reglerat att regionen får bedriva viss hälso- och sjukvård som får finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Sådana regler finns t.ex. i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och om s.k. tjänsteexport i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Som beskrivs ovan (13.3.1) förekommer det även privatfinansiering av viss vård inom regionen och där alltså patienterna betalar själva. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725), KL som reglerar detta.¹⁶ I 2 kap. 5 § KL regleras regionernas rätt att ta ut avgifter för tjänster som den tillhandahåller. Därutöver återfinns i 2 kap. KL ett antal grundläggande principer som regionerna också måste förhålla sig till i sin verksamhet (se vidare i kapitel 3.6.2). Utredningen har inte sett anledning att, utöver frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, se över regioners finansiering som inte sker med offentliga medel t.ex. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan privat finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.

Vad gäller patientavgifter är det särskilt reglerat i lag att regionerna får ta ut dessa (se 17 kap. HSL tillsammans med 2 kap. 5 § KL). Patientavgifter kommer därför fortsatt kunna finansiera delar av den hälso- och sjukvård som regionerna utför.

Motsvarande bestämmelse om finansiering med offentliga medel ska införas för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. Även den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag

¹⁶ Se Smer 2014:1.

av regionen ska finansieras med offentliga medel, utöver vad som följer om patientavgifter. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata medel, t.ex. kontanta betalningar eller sjukvårdsförsäkringar.

Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.¹⁷ En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver således särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården inte finansieras med offentliga medel och tvärtom. I förarbeten har det uttalats att det bör vara upp till varje vårdgivare att bestämma hur detta särskiljande ska utformas.¹⁸ Det torde t.ex. inte vara nödvändigt att de olika finansieringsformerna finns i olika juridiska personer. Såvitt utredningen känner till sker redan i dag ett sådant särskiljande.

Utredningen instämmer i tidigare bedömningar och anser att det bör vara vårdgivarens ansvar att organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att det blir tydligt vilka delar av den som är helt eller delvis offentligfinansierade. De föreslagna bestämmelserna om finansiering understryker vikten av detta. I nästföljande avsnitt beskrivs vilka krav regionerna bör ställa i avtalet med en privat vårdgivare som bedriver vård åt olika uppdragsgivare. Utredningen anser att det i avtalet bör regleras hur faktureringen från olika uppdragsgivare ska särskiljas så att inte offentliga medel finansierar den privata delen och tvärtom.

De nya bestämmelserna om finansiering syftar till att tydliggöra att det inte ska vara tillåtet för regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, att finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel, t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Undantag görs för patienters avgifter och annan privatfinansiering där det finns författningsstöd.

Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av de nya reglerna. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, t.ex. med privata sjukvårdsförsäkringar.

I de fall en privat vårdgivare bedriver vård på uppdrag av både regionen och av andra, t.ex. bedriver både offentligfinansierad och

¹⁷ Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24 som dock inte ledde till någon ny lagstiftning.

¹⁸ Se prop. 2016/17:43, s. 96. Se även prop. 2016/17:166, s. 24.

privatfinansierad vård, kommer följande att gälla. Som nämnts ovan innebär utredningens förslag om finansiering inte att en privat vårdgivare måste dela upp verksamheterna i olika juridiska personer för att kunna bedriva vård åt flera uppdragsgivare. Förslaget innebär att den vård som utförs med regionen som uppdragsgivare och huvudman inte får finansieras med privata medel. Det kommer således även fortsättningsvis att vara tillåtet att ta emot privatfinansiering för sådan vård som inte bedrivs på uppdrag av regionen, t.ex. sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Likaså kommer det fortsatt att vara tillåtet för patienter att finansiera olika former av tillägg, t.ex. genom att bekosta en bättre lins vid en kataraktoperation, eftersom denna del inte omfattas av den vård som regionen överlämnat till den privata vårdgivaren. En privat vårdgivare måste dock, även i sådana situationer, kunna särskilja vilken vård som har finansierats privat och vilken vård som har finansierats offentligt.

En region kan lämna över utförandet av vården till en annan region. Även denna situation omfattas av den föreslagna bestämmelsen. Frågan om finansiering torde dock framför allt vara relevant när regionen har lämnat över driften till en privat vårdgivare.

Eftersom det inte finns några bestämmelser i HSL om hur hälso- och sjukvård får finansieras, har utredningen utrett i vilken avdelning och vilket kapitel de nya bestämmelserna lämpligen bör placeras. Bestämmelserna riktar sig till vårdgivare, antingen när regionen själv är vårdgivare eller när regionen har uppdragit åt någon annan att utföra vården. I avdelning III i HSL (7–10 kap.) finns bestämmelser om regionens ansvar som huvudman. Även om dessa bestämmelser inte direkt riktar sig till regionen i egenskap av vårdgivare anser utredningen ändå att den avdelningen är den mest lämpliga placeringen. I regionens ansvar som huvudman kan också anses ligga ett ansvar för hur vård som bedrivs i regionens egen regi finansieras. I 15 kap. HSL finns bestämmelser om när vård utförs av annan på uppdrag av regionen. Det är därför lämpligt att placera bestämmelsen om hur den vården får finansieras i det kapitlet.

13.3.3 Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel

Eftersom det i dag saknas uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvården finns det inte heller en legaldefinition av offentligfinansierad hälso- och sjukvård. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses vård som är finansierad av allmänna medel.¹⁹ I propositionen som föregick förslaget kring slopad skattefrihet för försörjning av hälso- och sjukvård uttalade regeringen följande.²⁰

Någon formell definition av begreppet offentligt finansierad vård finns inte i skattelagstiftningen. I förarbetena (prop. 1994/95:182 s. 20) anges att den offentligt finansierade vården bekostas av det allmänna genom bl.a. den allmänna försäkringen och andra offentliga finansieringssystem. Med offentligt finansierad vård torde, enligt regeringen, således avses vård som finansieras genom allmänna skatter (jfr prop. 2016/17:166 s. 14). Den inte offentligt finansierade vården ligger alltså utanför det offentliga finansieringssystemet och bekostas ofta av privata sjukvårdsförsäkringar.

I SOU 2013:2 föreslogs att följande definition skulle införas i patientlagen (2014:821): ”Med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses hälso- och sjukvård som finansieras av landsting, kommun eller stat.” Regeringen valde i stället att i en särskild paragraf ange vilka bestämmelser som enbart gäller för ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman”.²¹

Under åren 2006–2007 återfanns en bestämmelse i 3 § fjärde stycket dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som innebar att när en region överlämnade till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som gavs vid ett sjukhus, skulle avtalet bl.a. innehålla villkor om att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Enligt propositionen avsågs med vård som bedrivs med offentlig finansiering hälso- och sjukvård som regionen ersatte till följd av sitt ansvar. Här avsågs även sådan vård som finansieras av annan men som regionen var skyldig att erbjuda, t.ex. omedelbar vård till utländska medborgare. Som en konsekvens härav avsågs även vård som gavs enligt bilaterala överenskommelser. Bestämmel-

¹⁹ Prop. 2017/18:40, s. 84 och prop. 1995/96:176, s. 54 f. Liknande uttalande finns i förarbetena till patientlagen (2014:821) där det skrivs om ”både offentliga vårdgivare inom eller utom det egna landstinget och privata vårdgivare som har offentlig ersättning” (prop. 2009/10:67, s. 49).

²⁰ Prop. 2017/18:131, s. 16.

²¹ 1 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Se prop. 2013/14:106, s. 43.

sen hindrade inte att vårdavgifter togs ut enligt hälso- och sjukvårdslagen.²²

Utredningen bedömer att det inte är nödvändigt med en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård. I författnings-texten används begreppet offentliga medel och avser då framför allt skatter och statsbidrag.

13.3.4 Följsamhet till de nya bestämmelserna

För att reglerna ska få avsedd effekt och likformighet i tillämpningen är det viktigt att de efterlevs. Ett sätt att skapa följsamhet till regler är genom tillsyn. Det finns inte några bestämmelser om tillsyn i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utan tillsynen över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659). De föreslagna bestämmelserna är framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller i dag om hur vården ska finansieras och utredningen bedömer därför att vårdgivarna ändå kommer att följa de nya bestämmelserna. Förutom granskning via tillsyn finns det andra sätt att främja och granska efterlevnaden. Den enskilde kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision. Dessa möjligheter till granskning kommer att gälla vid en tillämpning av de nya bestämmelserna.

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

Utredningens förslag: Om en vårdgivare 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. I avtalet ska anges hur det som avtalas följs upp.

Utredningens bedömning: Huruvida det behövs mer detaljerade regler bör följas upp.

²² Prop. 2004/05:145, s. 60.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.4.1 Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning

Som beskrivs i kapitel 12 anser utredningen att regionerna bör ges bättre möjligheter men också skyldigheter att ta sitt ansvar som huvudmän genom att kunna ställa ytterligare krav på och följa upp de privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I kapitel 11 beskrivs ett antal faktorer som skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare. 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. Utredningen anser att regionen i egenskap av huvudman behöver ställa mer ändamålsenliga krav på de privata vårdgivare som den ingår avtal med. Denna skyldighet krävs för att säkerställa 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 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Av direktivet till utredningen framgår också att utredningen ska föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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.

Bestämmelser om krav och uppföljning vad gäller regionens avtal med privata vårdgivare återfinns i flera författningar. Av 12 kap. 4 § regeringsformen följer att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt privata vårdgivare. I 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) återfinns en motsvarande skrivning.

I HSL preciseras ytterligare förutsättningarna för regionerna att lämna över utförandet av hälso- och sjukvården till någon annan. HSL kan betraktas som en speciallag i relation till kommunallagen på så vis att den särskilt reglerar hur regionerna ska planera och organisera hälso- och sjukvården, oavsett vilken vårdgivare som ut-

för vården för regionernas räkning. HSL innehåller enbart en bestämmelse som rör regionernas avtal med någon annan om att bedriva hälso- och sjukvård för regionens räkning, nämligen 15 kap. 1 § HSL. I denna bestämmelse anges att det av avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska framgå ”de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”. Bestämmelsen är i huvudsak oförändrad sedan år 2007.²³ När regionerna sluter avtal med privata vårdgivare att utföra uppgifter enligt HSL sker det utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket.²⁴

Frågan om regleringar och klarläggande av innehållet i avtalen mellan regioner och privata vårdgivare, har varit föremål för överväganden i samband med beredning av förslag om begränsningar och tydliggörande av regionernas förutsättningar att överlämna driften av hälso- och sjukvård.²⁵ Vikten av tydliggörande av vad som gäller när kommuner och regioner lämnar över driften av verksamhet har också lyfts i flera statliga utredningar under 2000-talet.²⁶ I *Utredningen om en kommunallag för framtiden* konstaterades att andelen kommunal verksamhet som utförs av privata utförare har vuxit allt mer under senare år. Kommunallagen behövde moderniseras för att bättre återspegla detta förhållande.²⁷ Utredningen behandlade på flera ställen de specifika frågor som gäller för hälso- och sjukvården, bl.a. gällande tillsyn, kontroll och huvudmannaskap. I den efterföljande propositionen angavs att den helt övervägande delen av regionernas köp från privata utförare utgjordes av hälso- och sjukvård. Kostnads- mässigt stod hälso- och sjukvården för över 90 procent av köpen.²⁸ Regeringen konstaterar vidare i propositionen att uppföljning och kontroll av privata utförare kräver ett strategiskt förhållningssätt och att regionerna aktivt ska se till att avtalen utformas på ett sådant sätt att uppföljning och kontroll är möjlig. De relativt nya bestämmelserna i kommunallagen betonar därför vikten av insyn i den verksamhet som regionerna ytterst har ansvaret för.

Denna utrednings förslag om nya verktyg och förutsättningar för regionernas uppföljning och kontroll bör utformas utifrån vad som

²³ Bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap” infördes emellertid genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2016/17:43).

²⁴ Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

²⁵ Se beskrivningar av dessa förslag i kapitel 4.2.

²⁶ Se t.ex. SOU 2002:31 och SOU 2003:23.

²⁷ SOU 2013:53, s. 18.

²⁸ Prop. 2013:14:118, s. 30 och s. 48.

redan är reglerat i HSL rörande regionernas avtal. Förslaget behöver specificeras och anpassas utifrån de skärpningar som infördes i kommunallagen år 2015.²⁹ Utredningen kan också konstatera att de ändringar som har gjorts av lagstiftningen för att anpassa den till de nya förutsättningarna inom regionernas verksamhet när det gäller den ökade förekomsten av privata utförare, främst har skett i kommunallagen och inte i den mer specialiserade HSL.

Utredningens förslag om nya avtalsvillkor ska således anges i lag, nämligen HSL. Nuvarande bestämmelser i HSL avser alla avtal mellan en region och en privat vårdgivare. Utredningens förslag avser endast situationen när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. Därför behövs en ny bestämmelse som tar sikte på just detta. Utredningen lämnar nuvarande bestämmelse i HSL om att regionen i avtalet ska ange de ”särskilda villkor som gäller för överlämnandet” orörd.

13.4.2 Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare

När en region sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården hade bedrivits i egen regi. Det innebär att det för de offentligfinansierade patienterna inte ska vara någon skillnad om vården utförs av regionen i egen regi eller av en privat vårdgivare när det gäller aspekter som innefattas i en god och patientsäker vård, t.ex. vård efter behov, tillgänglighet och kvalitet.

Det behöver finnas en tillit från regionernas sida att de privata vårdgivarna gör sitt yttersta för att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. *Utredningen om en kommunallag för framtiden* lyfte några goda exempel på uppföljning av avtalen och om samverkan mellan regionen och vårdgivarna.³⁰ I en undersökning gjord av KPMG, som utredningen refererade till, konstaterades att kontrollsystemen generellt var bättre hos regionerna än hos kommunerna. Vårdgivarna lämnade t.ex. olika uppgifter till regionen, så som nyckeltal, beskrivning av verksamheten och listningar i nationella register. Regionerna genomförde patientundersökningar av tillgängligheten och regelbundna träffar anordnades

²⁹ Se bestämmelserna i 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725), och prop. 2013/14:118 s. 45 ff. och 71 ff., prop. 2016/17:171, s. 422, samt SOU 2013:53, s. 120.

³⁰ SOU 2013:53, s. 120.

med utförarna. Dock begärde inte alla regioner in verksamhetsrapporter och finansiell rapportering från de privata vårdgivarna.³¹ Upphandlingen av S:t Görans sjukhus ansågs enligt utredningen utgöra ett gott exempel på bra uppföljningsverksamhet. Av det förfrågningsunderlaget framgick att beställaren avsåg att följa upp verksamheten på flera olika sätt, dels genom månatliga uppföljningar, dels genom oplanerade stickprovsundersökningar. En årlig uppföljning av hur vårdgivaren levde upp till lämnade kvalitetsredogörelser skulle också göras. Genomgående var uppföljningen kopplad till möjligheten att utkräva viten.³²

Av denna utrednings undersökning, som beskrivs mer ingående i kapitel 6, 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 utredningens undersökning framgår att några regioner i avtal reglerar 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. Alla regioner, i vilka det förekommer privatfinansierad vård, gör dock inte detta av olika skäl. Det finns också en osäkerhet om vilket ansvar regionerna har för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare och hur mycket kunskap regionen bör och får ha om påverkan från andra uppdragsgivare. Denna osäkerhet beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i rapporten från 2020.³³

Det uttrycks också en osäkerhet om vad som gäller avseende olika tidsgränser och om det räcker att vårdgivaren följer de avtalade tidsgränserna för att uppfylla avtalet med regionerna.

En uppfattning är att regionen tar sitt ansvar genom att säkerställa att avtalet efterlevs och att regionen således får den vård som den har upphandlat. Det skulle således inte spela någon roll att det är olika väntetider för patienterna. Regioner skulle därför inte behöva ha någon kunskap om vårdgivarens övriga uppdrag och hur dessa eventuellt påverkar den offentligfinansierade vården. Det intressanta för regionen är att avtalet följs, t.ex. utifrån vad som är avtalat om väntetider.

³¹ SOU 2013:53, s. 120.

³² SOU 2013:53, s. 120.

³³ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.

Som framgår på flera ställen i detta betänkande är den författningsreglerade vårdgarantin, eller andra avtalade tidsgränser, underordnade behovs-solidaritetsprincipen. Regionen måste således i avtalet säkerställa att vårdgivaren följer den bestämmelsen. Det räcker inte att vårdgivaren följer avtalade tidsgränser. Vårdgivaren får således inte enligt HSL:s bestämmelser ge patienter med försäkring vård före offentligt finansierade patienter med större medicinskt behov. IVO konstaterar också detta i sin förstudie och uttalar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid men att varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.³⁴

Utredningen menar att det är viktigt att det finns en bra relation och dialog mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Tydliga regler om vad som gäller underlättar detta. Det är därför enligt utredningen centralt att regionerna i sina avtal har villkor som reglerar situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare. Flera uppdragsgivare skulle kunna påverka det offentliga uppdraget negativt, t.ex. vad gäller frågor om vård efter behov, tillgänglighet, kvalitet, kapacitet och efterfrågan (se beskrivningar i kapitel 11). I sammanhanget vill utredningen framhålla att olika uppdragsgivare kan ha positiva effekter både för vårdgivaren och regionen samt för de tjänster som levereras. I kontakter med utredningen har man lyft att flera uppdragsgivare kan bidra till att lokaler, personal och utrustning kan användas mer effektivt. Vidare har man beskrivit att flera uppdragsgivare kan innebära en ökad trygghet för den privata vårdgivaren som innebär bättre förutsättningar till långsiktiga investeringar och långsiktig planering.

Utredningen anser också att regionen behöver ha tillräckliga verktyg och förutsättningar för att kunna följa upp avtalet. Det måste vara enkelt för regionen, även när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, att kunna följa upp hur de tjänster som beställts har utförts. Det är en förutsättning för en god affärsrelation att arbetet med uppföljning av avtalet sker under hela avtalstiden. En effektiv uppföljning kräver att resurser avsätts av regionerna. En välfungerande uppföljning kan bidra till en mer effektiv verksamhet vilket kan leda till besparingar för regionen.

³⁴ IVO förstudie (2020), s. 18.

13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården

I 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 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 anges utan det har överlämnats till regionen att bestämma utifrån de regler som gäller för upphandling och vad som ska upphandlas.

Utredningen anser att det i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska regleras frågor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare på den offentligfinansierade vården. Syftet med bestämmelsen är att hindra att vårdgivarens andra uppdrag negativt påverkar uppdraget från regionen. En ny bestämmelse ska tas in i HSL. 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. I likhet med bestämmelsen som gäller för alla avtal rörande ”särskilda villkor”, dvs. 15 kap. 1 § HSL, föreslår utredningen således inte att det i lag ska anges i detalj vilka villkor som ska anges.

I det följande beskrivs de villkor som utredningen bedömer 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.

Upphandlingsrättsligt skiljer man mellan olika typer av krav. S.k. ”särskilda kontraktsvillkor” ska leverantören uppfylla under kontraktstiden och behöver inte vara uppfyllda när anbudet på upphandlingen lämnas in. S.k. ”obligatoriska krav” måste däremot vara uppfyllda när anbudet lämnas in.³⁵ De av utredningen föreslagna villkoren bör betraktas som sådana särskilda kontraktsvillkor som behöver accepteras av leverantören och uppfyllas under kontraktstiden. Utredningen kommer dock att i stället för ”särskilda kontraktsvillkor” använda begreppet ”avtalsvillkor” eftersom det bättre överensstämmer med formuleringen i HSL.

Utredningen kommer i det följande beskriva vilka avtalsvillkor regionen ”bör” använda. Anledningen till valet av ordet ”bör” är att villkoren inte anges i lagtexten, varför ordet ”ska” inte kan användas.

³⁵ Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Genomför upphandlingen/Särskilda kontraktsvillkor).

Det är dock viktigt att regionerna använder de avtalsvillkor som är nödvändiga för att säkerställa att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den verksamhet som regionen är huvudman för. Som anges i den föreslagna lagtexten är det en skyldighet för regionerna att reglera dessa frågor i avtalet.

Anpassning av villkoren utifrån vad som gäller i den aktuella avtalssituationen

Den upphandlande myndigheten, dvs. regionen, måste avgöra vilka krav och villkor som är lämpliga att ställa i den konkreta avtalssituationen. Huruvida det finns en risk för negativ påverkan från den privata vårdgivarens uppdrag på den offentligfinansierade vården kan variera beroende på en rad omständigheter och lokala förhållanden. Kraven bör därmed kunna se olika ut om det är driften av ett sjukhus som upphandlas jämfört med om det endast är ett mindre antal operationer inom den specialiserade öppenvården som upphandlas. Upphandling av driften av ett sjukhus avser i regel en omfattande verksamhet när det gäller antalet patienter och vårdens omfång. Hur ett sådant avtal utformas kan därför även ha påverkan på hur övrig vård i regionen ska planeras. Om det är ett begränsat antal operationer som upphandlas är uppdraget mer avgränsat och påverkan på den övriga vården i regionen är mindre. Avtalsuppföljningen bör i regel även vara enklare.

Det kan också finnas skillnader mellan olika typer av avtal, t.ex. LOU och LOV och om det är fråga om s.k. köpningsavtal.³⁶

Villkor som rör information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare

I avtalet bör det regleras att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Det bör i avtalet anges att vårdgivaren ska informera om det tillkommer nya uppdragsgivare under avtals-

³⁶ För vidare beskrivningar av dessa och andra skillnader, se t.ex. kapitel 6.5 om de olika avtalen och kapitel 6.6 om utredningens undersökning.

tiden, efter avtalets tecknande.³⁷ Informationen ska ha en rimlig detaljeringsgrad och inte innebära att vårdgivare behöver ange uppgifter som kan vara känsliga utifrån ett affärsmässigt perspektiv. T.ex. torde det inte finnas behov av att namnge de olika uppdragsgivarna. Däremot bör det anges huruvida det är frågan om en offentligfinansierad vårdgivare, t.ex. en annan region, eller om det är frågan om privatfinansierad vård. Med privatfinansierad vård avses t.ex. vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar eller som betalas kontant av patienten (vilket även inkluderar t.ex. medlemskap som finansieringsform).³⁸

Syftet med dessa villkor är att ge grundläggande information till regionen. Kravet måste vara tillräckligt detaljerat utformat så att det kan följas upp.

Villkor som rör information om vårdgivarens organisation

Utredningen föreslår i kapitel 13.3 nya bestämmelser i HSL som förtydligar att det inte får förekomma finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering i den offentligfinansierade vården. Konkurrensverket har påpekat att verksamheter som finansieras med offentliga medel inte ska nyttjas till andra verksamheter än vad det är avtalat om och att särredovisningen kan behöva stärkas.³⁹ I avtalen bör det därför anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligt finansierade. Utredningen har också erfarit att detta redan regleras i vissa avtal. T.ex. regleras i vissa avtal, där regionen tillhandahåller lokal till den privata vårdgivaren, att regionens lokaler inte får användas för andra ändamål än vård för regionens räkning och att eventuell annan verksamhet, så som vård till försäkringspatienter, därför behöver bedrivas i en annan lokal. Av utredningens undersökning framkom också flertalet exempel på att verksamhet på regionens uppdrag bedrivs i samma lokaler, av samma personal etc. som verksamhet som bedrivs på t.ex. försäkringsbolags uppdrag. Oaktat hur den privata vårdgivaren har valt att organisera sin verk-

³⁷ Detta krav behöver formuleras utifrån vad som är tillåtet med hänsyn till de upphandlingsrättsliga bestämmelserna om ändringar av avtal, jfr 17 kap. 14 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

³⁸ Ett medlemskap hos en vårdgivare kan bestå av en årlig medlemsavgift som garanterar vård inom viss tid hos vårdgivaren. Se kapitel 6.

³⁹ Se t.ex. Konkurrensverkets yttrande över SOU 2020:41, dnr 409/2020.

samhet är det av vikt att regionen har kännedom om hur vårdgivaren har organiserat sin verksamhet, för att kunna göra en ändamålsenlig uppföljning av avtalet.

Villkor som rör hur grundläggande bestämmelser efterlevs

Det finns ett antal regler som den privata vårdgivaren ska följa och som avser både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Det är varken lämpligt eller nödvändigt att i avtalet räkna upp alla regler som gäller.

Däremot anser utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur denne säkerställer att vissa grundläggande bestämmelser för vården efterlevs vad gäller de offentligfinansierade patienterna. Det bör i avtalet anges hur den privata vårdgivaren har organiserat verksamheten i syfte att följa bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det som bör regleras kan t.ex. vara hur vårdgivaren har organiserat frågor som rör prioritering och omprioritering av vårdgivarens alla patienter, dvs. både offentligfinansierade och privatfinansierade samt hur vårdgivaren tillämpar de olika väntetider som följer av avtalen. Genom att sådana bestämmelser tas in i avtalen betonas och uppmärksammas också att behovs-solidaritetsprincipen gäller hos de privata vårdgivarna.

Det bör i avtalet även i övrigt anges hur den privata vårdgivaren säkerställer att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsrisker kan uppstå både när tillgängligheten till vården på lika villkor brister och när väntetiderna i vården är för långa.⁴⁰

Konkurrensverket har i remissvaret på Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, föreslagit att det i avtalen bör regleras hur turordning och prioritering av patienter ska ske, och om eventuell överkapacitet ska kunna säljas till andra aktörer.⁴¹ Utredningen instämmer i detta.

Det är viktigt för regionen att följa hur den privata vårdgivaren följer den författningsreglerade vårdgarantin, eller de snävare tidsgränser som anges i avtalet, avseende den offentligfinansierade vår-

⁴⁰ IVO 2021-7, s. 4.

⁴¹ Konkurrensverkets yttrande över Ds 2016:29, dnr 503/2016.

den. Följs inte dessa angivna tidsgränser bör regionerna undersöka om detta har koppling till vårdgivarens övriga uppdrag och avtal. Möjligheten att kontrollera detta bör regleras i avtalet. Det är dock viktigt att komma ihåg att vårdgarantin och tidsgränser i avtalen är underordnade bestämmelsen om att den som har störst behov av vård ska ges företräde till vården. En granskning, av regionen eller av IVO, av olika tidsgränser sker därför först sedan det konstaterats huruvida vårdgivaren har gjort en medicinsk prioritering.

Utredningen har övervägt om det i avtalet bör anges att vårdgivaren ska redovisa vårdkontakter och väntetider och då inte bara avseende regionens egna patienter utan även avseende patienter som hör till vårdgivarens övriga uppdragsgivare. Det skulle i sådana fall kunna regleras hur vårdgivaren ser till att de avtalade tidsramarna följs. Vårdgivaren skulle till regionen på ett övergripande plan och med viss regelbundenhet kunna redovisa antalet vårdkontakter och den genomsnittliga väntetiden för vårdgivarens patienter. Informationen skulle kunna redovisas dels för de patienter som omfattas av regionens avtal, dels för patienter som har andra uppdragsgivare. Sådan information skulle kunna förmedlas på gruppnivå, dvs. utan att regionen tar del av någon information som kopplas till en enskild patient.

Utredningen har även frågat sig om det i avtalet borde regleras att vårdgivaren ska informera regionen om hur länge de offentligfinansierade patienterna har väntat på vård hos vårdgivaren. Den typen av information skulle lämpligen kunna redovisas på en övergripande nivå med genomsnittstider. Vårdgivaren skulle alltså inte behöva lämna ut uppgifter om enskilda patienter, vilket är att föredra ur integritetshänseende.

Att mäta väntetider är dock förenat med vissa svårigheter. Det finns i dag brister i den rapportering som sker till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR.⁴² Det är i dag heller inte möjligt att koppla informationen om väntetider till individdata, t.ex. personnummer och medicinskt behov. Utredningen anser därför inte att det i dagsläget är lämpligt att föreslå att väntetider hanteras på ett annat sätt än via den nationella väntetidsdatabasen som finns hos SKR. Det finns dock inte något som hindrar att regionen reglerar detta i avtalen under förutsättning att det går att finna ett lämpligt sätt. Utredningen vill dessutom återigen betona att den styrande principen är att vården ska ges efter behov. Det är först sedan den

⁴² Se t.ex. beskrivning i kapitel 11.3.3.

medicinska bedömningen är gjord som vårdgivaren kan följa vårdgarantins och avtalens olika tidsgränser.

I dag finns det inte någon rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivarna att rapportera väntetider för den offentligfinansierade vården till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR. Eftersom även väntetider hos de privata vårdgivarna är viktig information bör det i avtalet anges att vårdgivaren ska rapportera väntetider för offentligfinansierade patienter till SKR:s väntetidsdatabas. Utredningen har erfårit att denna fråga redan regleras i vissa avtal mellan regionerna och de privata vårdgivarna, men inte i alla. Om rapportering ska ske till regionen, som sedan rapporterar till SKR, eller om den privata vårdgivaren själv ska rapportera in datan till SKR är enligt utredningen något som lämpligen bör bestämmas av parterna.

Övriga villkor som rör påverkan på vården

Det kan finnas andra villkor som rör frågan hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården, eller som allmänt syftar till att säkerställa kvaliteten på de tjänster som regionerna har upphandlat. I kapitel 11 beskrivs olika faktorer som kan påverka den offentligfinansierade vården och som kan behöva regleras i avtalet.

I propositionen till den nya kommunallagen framhåller regeringen att regionerna i avtalen ska redovisa uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata vårdgivarens organisation och eventuella underleverantörer.⁴³ Uttalandena i den propositionen avser alla avtal som en region har med privata vårdgivare och inte just de avtal som avser situationen att det finns flera uppdragsgivare.

Utredningen vill betona att det är viktigt att regionen enbart reglerar det som är nödvändigt och som kan följas upp utifrån vad som följer av det upphandlingsrättsliga regelverket.

⁴³ Prop. 2016/17:171, s. 422.

Avvikelser under avtalsperioden

Regionen behöver löpande hantera avvikelser eller brister som framkommer under avtalsperioden. I avtalet bör det därför regleras hur uteblivna eller felaktiga leveranser av vården ska hanteras. Det bör således regleras vad som händer om de olika avtalsvillkoren inte efterlevs, t.ex. om vårdgivaren inte säkerställer att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt utifrån vad som är reglerat i avtalet. Det bör också framgå av avtalet vad som händer om vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Det är viktigt att det i upphandlingsdokumenten är tydligt vad som då gäller och om agerandet t.ex. kan utgöra ett kontraktsbrott. I det ovan refererade avtalet med S:t Görans sjukhus och som ansetts som ett gott exempel, finns sådana regleringar i avtalet.

Upphandlingsmyndigheten beskriver en s.k. sanktionstrappa som ska följas om det finns brister i leveranser eller utförandet mot vad som har avtalats. Det första steget vid ett fel är att uppmärksamma leverantören om felet och begära att få det åtgärdat. Det andra steget är att överväga att göra ett prisavdrag för att täcka de kostnader som har uppstått på grund av felet. Vite är en vanligt förekommande sanktion vid försening av leveransen. Det tredje steget är att använda eventuella uppsägningsklausuler för att säga upp avtalet. Det fjärde och mest ingripande steget är att häva avtalet. Huvudregeln är dock att hävning endast får ske om avtalsbrottet är väsentligt. Vilka sanktioner som kan aktualiseras i olika typer av fall måste framgå av avtalet. Det går inte att som upphandlande myndighet koppla avvikelser eller underlåtenhet till sanktionsmöjligheter i efterhand.⁴⁴

13.4.4 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 system för kontroll och uppföljning utformas i syfte att vara ändamålsenligt, kostnads-

⁴⁴ Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet/Genomför uppföljningen).

effektivt och enkelt för alla parter vid fullgörandet av deras förpliktelser.⁴⁵

Regioner 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 kommunallagen (2017:725) 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 §). Upphandlingsmyndigheten uttalar att det kan strida mot likabehandlingsprincipen och ett öppet och objektivt upphandlingsförfarande att inte säkerställa att leverantörens uppgifter kan kontrolleras.⁴⁶

I avtalet mellan regionen och vårdgivare behöver det därför regleras hur de olika villkor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare, ska följas upp. Utredningen anser att kravet på uppföljning ska anges i lagtexten och föreslår en sådan ny bestämmelse. Liknande bestämmelse finns i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Utredningen anser även att det av pedagogiska skäl är lämpligt att kravet på uppföljning återfinns i samma paragraf som reglerna om särskilda avtalsvillkor i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

Hur de olika kraven som rör påverkan från flera uppdragsgivare ska följas upp beror på vilka krav som ställs i avtalet. Utredningen ser framför sig att det framför allt kommer att röra sig om korta beskrivningar, t.ex. beskrivning av uppdragsgivarna och hur verksamheten är organiserad. Vilken information som ska lämnas ska anges i avtalet.

Den information som regionen får i samband med uppföljningen 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

⁴⁵ Prop. 2013/14:118, s. 48.

⁴⁶ Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet /Genomför uppföljningen).

kan då ligga till grund för överväganden om 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. Informationen kan också leda till att regionen vidtar en s.k. medicinsk revision, dvs. granskar frågan medicinskt med fokus på kvaliteten⁴⁷ eller anmäler en händelse till IVO.

13.4.5 Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen

I utredningens kontakter med regionerna har det framkommit att det finns en osäkerhet om vilka krav regionerna får ställa utifrån upphandlingsregelverket.⁴⁸ Bl.a. finns en osäkerhet om 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.⁴⁹

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning beträffande kravet på koppling till upphandlingsföremålet. Syftet med de nya avtalsvillkoren 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. 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

⁴⁷ Se t.ex. Svenska Läkaresällskapet (2020), s. 10.

⁴⁸ Denna osäkerhet beskrivs även i Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.

⁴⁹ Se mer i kapitel 3.7.2.

således 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. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Förslagen om nya avtalsvillkor är således nödvändiga för att det eftersträlvade syftet ska uppnås. Genom att i lag ange att regionerna ska ställa dessa typer av krav när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kommer regionerna ha stöd för att ställa dem, t.ex. i förhållande till vad som är reglerat om proportionalitetsprincipen.

De nya bestämmelserna om avtalsvillkor och uppföljning kommer att medföra nya uppgifter för både regionerna och vårdgivarna.⁵⁰ Vissa regioner ställer redan liknande villkor och för dem innebär förslaget inte någon ökad arbetsbörda. Utredningen har övervägt om de nya avtalsvillkoren skulle kunna medföra att det lämnas färre anbud och att det därmed blir en minskad konkurrens. Utredningen bedömer dock denna risk som liten. De nya avtalsvillkoren handlar om att säkerställa en god och patientsäker vård. Utredningen har svårt att se att vårdgivarna inte vill bidra till en sådan vård. Utredningen vill dock 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 kontraktstiden. Sammanfattningsvis anser utredningen att de nya avtalsvillkor som utredningen föreslår är rimliga och proportionerliga. Utredningen bedömer även i övrigt att förslaget överensstämmer med det upphandlingsrättsliga regelverket.

13.4.6 I nuläget behövs inte mer detaljerade regler

Utredningen har bedömt att det inte är lämpligt att i lag ange exakt vilka villkor som bör anges i avtalen, eftersom en bedömning av vilka krav som är lämpliga att ställa måste anpassas utifrån avtalssituationen. Det är regionen som har ansvar för hälso- och sjukvården i sin region och kan anpassa många aspekter av hälso- och sjukvården till regionala och lokala förhållandena, t.ex. utifrån geografi eller demografi. Det är samtidigt viktigt att lika fall behandlas lika även mellan

⁵⁰ Se kapitel 16 om konsekvensanalys.

regionerna utifrån de grundläggande principerna och bestämmelserna om en jämlik vård och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Förslaget om nya avtalsvillkor och uppföljning kan innebära nya arbetsuppgifter för de regioner som inte redan använder sig av sådana villkor. T.ex. kan nya rutiner och mallar behöva tas fram. I syfte att underlätta avtalsskrivandet och uppföljningen samt att skapa en enhetlighet både inom och mellan regionerna har utredningen övervägt om förslag om mer detaljerade regler bör tas fram. Regeringen uttalade i samband med att bestämmelsen om särskilda avtalsvillkor infördes i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen skulle behandla entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.⁵¹ Några sådana allmänna råd finns dock inte. Utredningen känner inte heller till att det har förts någon diskussion om att sådana allmänna råd skulle tas fram eller huruvida man har bedömt att sådana allmänna råd är nödvändiga.

Redan i dag samarbetar regionerna och stöttar varandra vad gäller mallar och rutiner för avtalsskrivande och uppföljning. Utredningen bedömer det inte som nödvändigt att i dagsläget föreslå mer detaljerade regler om avtalsvillkoren. Däremot är det viktigt att följa hur regionerna använder sig av de nya villkoren, se förslaget om uppföljning i kapitel 14.1. Det finns flera myndigheter och aktörer som, om behov finns, skulle kunna anses vara lämpliga att ta fram mer detaljerade regler eller riktlinjer för avtalsskrivande och uppföljning. T.ex. kan såväl IVO som Socialstyrelsen bedömas som lämpliga. Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket skulle vidare kunna bedömas som lämpliga aktörer för att ta fram upphandlingsrättsliga riktlinjer. Även SKR skulle kunna bedömas som en lämplig aktör i detta. Det kan också bedömas lämpligt att regeringen preciserar lagbestämmelsen i en förordning. För det fall regler ska tas fram på förordnings- eller myndighetsföreskriftsnivå behövs bemyndigande.

⁵¹ Prop. 2004/05:89, s. 22.

13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna

För att regler ska få avsedd effekt och säkra en likformighet i tillämpningen är det viktigt med tillsyn. För följsamhet till själva avtalet och vilka sanktioner som kan bli aktuella om avtalet inte följs, gäller framför allt det upphandlingsrättsliga regelverket.

Avseende regionens skyldighet att ange villkoren i avtalet, noterar utredningen att det redan i dag finns en bestämmelse om avtalsvillkor i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I samband med införandet av den bestämmelsen fördes inte några särskilda resonemang om tillsyn över den bestämmelsen. Inte heller i propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, fördes några resonemang om tillsynen i anslutning till förslaget om nya avtalsvillkor.⁵² I förarbetena till bestämmelsen som gällde åren 2006–2007, fördes dock resonemang kring tillsynen med anledning av Lagrådets yttrande och kritiken mot att det saknades direkta sanktioner kopplade till överträdelser av den föreslagna bestämmelsen. Regeringen uttalade att det kunde diskuteras om sanktioner borde införas som riktar sig mot regioner som inte följer de föreslagna bestämmelserna och hänvisade till tidigare regler om minskade statsbidrag. Regeringen fann dock i det lagstiftningsärendet inte tillräckliga skäl för att införa ett särskilt överprövningsförfarande. Regeringen bedömde att de möjligheter till överprövning som redan fanns, dvs. möjligheten till laglighetsprövning enligt kommunallagen och överprövning enligt det upphandlingsrättsliga regelverket, var tillräckliga för att säkerställa att den föreslagna regleringen efterlevdes och föreslog inte några särskilda sanktioner.

Utredningen kan konstatera att det inte finns några bestämmelser om tillsyn i HSL. Bestämmelser om IVO:s tillsyn återfinns i patient säkerhetslagen (2010:659) och fokuserar främst på vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen. När regionen har lämnat över vården till en privat utförare är det denne som är vårdgivare och inte regionen. IVO har i två rapporter nyligen resonerat kring myndighetens tillsynsansvar över regionerna i egenskap av huvudmän. IVO uttalar följande i sin förstudie:

⁵² Prop. 2016/17:166.

I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.⁵³

IVO har haft regeringens uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet i vården och att lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.⁵⁴ I rapporten skriver IVO följande om tillsynen över regionen i egenskap av huvudman:

IVO ser flera fördelar med tillsyn på huvudmannanivå ur ett patientsäkerhetsperspektiv, till exempel när det gäller regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgaranti. Det kan även handla om att granska hur huvudmännen styr och följer upp privata utförare som verkar inom deras område.⁵⁵

Vidare uttalar IVO följande:

Ansaret för en patientsäker tillgänglighet vilar på huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vi bedömer att tillsynen har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. IVO saknar i dag befogenheter att besluta om rättsligt bindande åtgärder mot huvudmän. Vi bedömer därmed att tillsynen inte har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot huvudmän, i de fall frivillig rättelse inte sker. Vi menar att intresset av en effektiv tillsyn på alla ansvarsnivåer talar för att IVO bör ha befogenhet att besluta om sanktioner i form av föreläggande, med eller utan vite, mot huvudmän. Rättssäkerhetsskäl talar också för att IVO:s tillsynsåtgärder mot huvudmän i vissa fall bör kunna prövas i domstol. Eftersom frågan rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det kommunala självstyret överlämnar vi till lagstiftaren att utreda den.⁵⁶

Utredningen instämmer i IVO:s bedömning att det är viktigt att tillsynsmyndigheten kan vidta åtgärder mot regionerna i egenskap av huvudmän. Att tillsynsmyndigheten kan kontrollera alla ansvarsnivåer på hälso- och sjukvårdens område är viktigt för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar också flera förslag i syfte att stärka IVO:s tillsynsmöjligheter, se kapitel 13.6.

Utredningen bedömer att det finns ett intresse från regionernas sida att säkerställa att en vårdgivares övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården. Utredningen bedömer att

⁵³ IVO förstudie (2020), s. 21.

⁵⁴ IVO 2021-7.

⁵⁵ IVO 2021-7, s. 83.

⁵⁶ IVO 2021-7, s. 83.

regionerna vill ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den offentligfinansierade vården när den utförs av privata vårdgivare och således kommer att skriva in särskilda villkor som rör vårdgivarens övriga uppdrag i avtalen.

Som beskrivs i kapitel 13.3 finns det, vid sidan av en granskning via tillsynen, andra sätt att granska regionernas efterlevnad. Den enskilda kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision.

13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF,⁵⁷ anges att en läkare respektive en fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Flera regioner har i kontakten med utredningen uttryckt ett önskemål om tydligare bestämmelser för att underlätta den uppföljningen. I SOU 2020:19 föreslås att dessa lagar ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet. För det fall LOL och LOF inte upphävs rekommenderar därför utredningen att en översyn av dessa regler görs i relation till utredningens föreslagna tillägg i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen

Utredningens bedömning: Förslagen i SOU 2021:4 bör genomföras i syfte att möjliggöra för de privata vårdgivarna att, utan hinder av tystnadsplikt, lämna uppgifter till regionen i egenskap av huvudman.

⁵⁷ Dessa lagar brukar benämnas den s.k. nationella taxan., se kapitel 3.7.6.

Skälen för utredningens bedömning: I kapitel 6.5.4 beskrivs den tystnadspliktsgräns som finns mellan privata vårdgivare i förhållande till den region som är huvudman för vården. Tystnadsplikten innebär att den privata vårdgivaren inte får lämna uppgifter som omfattas av tystnadsplikten till regionen, t.ex. uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Utredningens förslag förutsätter inte att uppgifter som omfattas av tystnadsplikt måste överlämnas från den privata vårdgivaren till regionen. Informationen torde kunna vara på en mer övergripande nivå, t.ex. hur vårdgivaren har utformat verksamheten vad gäller prioriteringar och bedömning av det medicinska behovet hos patienterna. Flera aktörer har dock till utredningen lyft att det finns en osäkerhet i allmänhet, dvs. bortsett från frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, vilka uppgifter de privata vårdgivarna, på grund av tystnadsplikten, får lämna till regionerna i egenskap av huvudmän. Utredningen har därför utrett denna fråga närmare.

Flera andra utredningar och myndigheter har påtalat utmaningarna med tystnadsplikten och lämnat förslag till lagändringar. Exempelvis lämnade Valfärdsutredningen år 2017 ett förslag som innebar att tystnadsplikten bröts på området.⁵⁸ Många av remissinstanserna var positiva till Valfärdsutredningens förslag om uppgiftsskyldighet men förslaget har inte genomförts.⁵⁹ Upphandlingsmyndigheten har i skrivelser till regeringen påtalat problem som rör hur personuppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av avtal.⁶⁰

I betänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnas ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Det är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. I betänkandet föreslås en ny lag med namnet ”lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning”.

Det som är intressant för denna utredning är framför allt de ökade möjligheterna att dela uppgifter som hänger samman med kvalitetsuppföljning, som den föreslagna nya lagen ger. Förslaget innebär att det införs en sekretessbrytande bestämmelse som gäller

⁵⁸ SOU 2017:37, s. 144.

⁵⁹ Datainspektionen avstyrkte dock förslaget, se yttrande 2017-09-07 1243-2017.

⁶⁰ Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet, UHM-2019-0284.

för kvalitetsuppföljning i den offentligt finansierade verksamheten. Eftersom vårdpersonal vid privata vårdgivare inte omfattas av sekretessreglerna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), utan av regler om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), resonerar utredningen kring om det behövs någon bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter tystnadsplikten på området. I betänkandet gör Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg bedömningen att

sådan reglering inte krävs, utan att privata vård- och omsorgsgivare, trots reglerna om tystnadsplikt, kan lämna ut uppgifter för kvalitetsuppföljning med stöd av förarbetsuttalandena om att utlämnande från en privat vård- eller omsorgsgivare inte är att anse som ett obehörigt utlämnande om det sker i överensstämmelse med motsvarande regler i offentlighets- och sekretesslagen för offentliga vård- och omsorgsgivare.⁶¹

För denna utrednings räkning är det viktigt att undersöka vad som avses med begreppet kvalitetsuppföljning i förslaget och om det omfattas av vad denna utredning tar upp kring regioners uppföljning av privata vårdgivare och regionernas information från de privata vårdgivarna.

I SOU 2021:4 anges att kvalitetsuppföljning avser ”olika åtgärder som i vid mening syftar till och är ägnade att utveckla kvaliteten inom vård- och omsorg”.⁶² Ett exempel som nämns är att en beställare av en hälso- och sjukvårdstjänst, dvs. huvudmannen, följer upp att den privata vårdgivaren ger patienterna den insats som har beställts. Beställaren kan då analysera insatsens kvalitet utifrån olika aspekter. Vidare kan beställaren följa upp medicinsk och annan kvalitet samt insatsernas kostnadseffektivitet och produktivitet. I SOU 2021:4 tas det upp att kvalitetsuppföljning inte ska användas för att följa upp hur vården fallit ut på individnivå, utan kvalitetsuppföljning är något som ska ske på verksamhetsnivå och ta sikte på större skeenden och processer. I den föreslagna lagen finns flera kriterier och preciseringar kring när bestämmelserna om kvalitetsuppföljning kan användas.

Även om Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg anser att begreppet kvalitetsuppföljning ska ges en vid

⁶¹ SOU 2021:4, s. 640.

⁶² SOU 2021:4, s. 504.

tolkning faller saker som tillsyn, administration och planering av verksamhet utanför begreppet.⁶³

Betänkandet har remitterats och är föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Denna utredning delar de bedömningar som har gjorts i tidigare betänkanden, skrivelser m.m. om att det är viktigt att regionen i egenskap av huvudman kan få tillräcklig kunskap från de privata vårdgivarna och att tystnadsplikten i patientsäkerhetslagen i dag kan hindra en sådan informationsöverföring. Denna utredning bedömer att de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg lämnar, kommer att underlätta informationsöverföringen från privata vårdgivare till regionerna. Denna utredning bedömer därför att förslaget bör genomföras då det kommer att underlätta regionernas uppföljning av privata vårdgivare när en region avtalat med en privat vårdgivare att utföra uppgifter åt regionen. Utredningen noterar att det föreslås att systemet ska vara frivilligt för vård- och omsorgsgivare att använda.

13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister ska även avse uppgifter om hur vården är finansierad och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur den vården i sådana fall är finansierad. Vårdgivarregistret ska få innehålla denna information.

IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte.

IVO ska få meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Beslut om sådana förelägganden ska få överklagas. Nuvarande straffbestämmelse om möjlighet att utdöma böter i dessa situationer ska avskaffas.

Utredningens bedömning: IVO bör fortsätta att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård samt bidra till ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

⁶³ SOU 2021:4, s. 742.

IVO:s möjlighet att få tillgång till uppgifter hos myndigheter och aktörer för att användas i tillsynen över hälso- och sjukvården bör utredas särskilt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.6.1 Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivs i kapitel 12.5 anser utredningen att staten bör ta sitt ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar genom att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för regionerna, vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Som beskrivs i kapitel 8 har tillsynsmyndigheten IVO inte utövat tillsyn med fokus på hälso- och sjukvård som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har inte heller utövat tillsyn över privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård i syfte att kontrollera om den privatfinansierade vården påverkar den offentligfinansierade vården i negativt hänseende i form av patientsäkerhetsrisker. Vidare saknas i princip praxis från tillsynsmyndigheten om hur bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och då särskilt reglerna om behovs-solidaritetsprincipen och etiska plattformen ska tolkas och tillämpas.⁶⁴ Det saknas även andra typer av stödande dokument från IVO i frågan.

De allmänna råd, som regeringen föreslog skulle tas fram till ledning för sjukvårdshuvudmännen rörande entreprenadavtalens innehåll, har inte utarbetats.⁶⁵ Utredningen känner inte heller till att IVO har arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård. IVO beskriver dock i en förstudie myndighetens tolkning av behovs-solidaritetsprincipen i relation till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och resonerar kring hur en framtida tillsyn av frågan skulle kunna bedrivas.⁶⁶

⁶⁴ IVO har nyligen fattat ett tillsynsbeslut, se kapitel 8.3.

⁶⁵ Prop. 2004/05:89, s. 21.

⁶⁶ IVO förstudie (2020).

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten kan utläsa att olika väntetider/tidsgränser är i strid med behovs-solidaritetsprincipen. Författnings- eller avtalsreglerade väntetider är underordnade principen om vård efter behov. 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/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte ger vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då behöva granska om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att dessa patienter har en privat sjukvårdsförsäkring och om det leder till att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. I IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs att långa väntetider ökar risken för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan därför enligt IVO ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.⁶⁷

13.6.2 IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen

En anledning till att det saknas praxis rörande privata sjukvårdsförsäkringar kan vara att IVO inte har sett behov av att inleda tillsyn. Av förstudien framgår inte heller att IVO har behov av t.ex. några författningsändringar för att kunna utföra tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte bestämt om en tillsyn som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar ska inledas. Det är därför oviss huruvida en sådan tillsyn verkligen kommer att kunna genomföras och vilka eventuella svårigheter som kan finnas.

⁶⁷ IVO förstudie (2020), s. 3.

IVO har de senaste åren inlett ett intensivt arbete med att utveckla myndighetens tillsyn. IVO har även till regeringen påtalat att det krävs ytterligare resurser av långsiktig karaktär.⁶⁸ Mot bakgrund av IVO:s ambition att förändra tillsynsverksamheten, de omfattande förslag som IVO har lämnat avseende förändringar för att underlätta bl.a. datadriven tillsyn samt mot bakgrund av avsaknad av praxis framstår det för utredningen som troligt att det finns ett förändringsbehov även avseende förutsättningarna för IVO:s tillsyn över de grundläggande bestämmelserna och principerna i hälso- och sjukvården. Det ska även nämnas att IVO till utredningen framfört önskemål om förslag som kan stärka tillsynen över hälso- och sjukvården.

I det följande beskrivs översiktligt IVO:s pågående utvecklingsarbete av relevans för tillsynen över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

För att få ytterligare kontroll och bättre överblick över brister och risker i vården och omsorgen har IVO inlett ett brett utvecklingsarbete för att i tillsynen och tillståndsprövningen använda den kunskap som samlas in i digitala system. Ytterst syftar utvecklingsarbetet till att IVO ska bli ännu mer effektivt och träffsäkert i arbetet att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet för alla som är i behov av den.⁶⁹

Bakgrunden till IVO:s utvecklingsarbete är ett antal uppdrag från regeringen men också den kritik som Riksrevisionen uttalade i en granskning av IVO år 2019 där ett flertal brister i IVO:s tillsyn påtalades. Riksrevisionen konstaterade att ”IVO inte genomfört någon större mängd samlad tillsyn för att belysa frågor som är viktiga för grupper av människor eller risker som finns på systemnivå inom vården och omsorgen”.⁷⁰ Riksrevisionen rekommenderade IVO att utveckla styrningen och ledningen för att tillsynsverksamheten ska få nödvändiga förutsättningar att utföra uppdraget och tar särskilt upp att det finns behov att förbättra myndighetens it-stöd.

Statskontoret beskriver senare i rapporten *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, att IVO har utvecklat sin verksamhet som ett svar på den kritik som har funnits och att IVO i dag strävar efter att göra tillsynen mer verksamhetsanpassad, dialogbaserad och brukarnära, för att på så sätt bidra till

⁶⁸ IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.

⁶⁹ IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.

⁷⁰ RiR 2019:33, s. 55.

verksamhetens utveckling. Statskontoret skriver vidare att en tillsyn som inriktas på mer kvalitativa aspekter kan bli mer träffsäker och minska den administrativa bördan för de tillsynade och att myndigheter genom att prioritera dialog och muntlig kommunikation på bekostnad av skriftlig dokumentation kan rikta tillsynen mot de värden som är viktiga för de tillsynade. IVO anges som ett exempel på en tillsynsmyndighet som har gått i den riktningen.⁷¹

IVO har i flera rapporter beskrivit sitt utvecklingsarbete och uppger att det är nödvändigt att myndigheten arbetar mer datadrivet.⁷² I rapporterna slår IVO fast att myndigheten behöver ändra interna arbetssätt och utredningsmetoder så att myndigheten arbetar mindre manuellt och mer databaserat. Med ett mer datadrivet arbetssätt kommer IVO då kunna rikta sina resurser mot verksamheter med flest risksignaler både på system- och enhetsnivå. Därtill kan databaserade analyser stärka IVO:s tillsynsarbete, t.ex. i form av förmåga att förutse risk och identifiera avvikelser. Exempel på detta kan vara att genom analys av externa produktionsdata identifiera patientflöden som kan utgöra patientrisk, eller att via kommunala omsorgsdata identifiera och flagga för avvikelser som kräver vidare tillsyn från IVO:s sida.

I två rapporter, som fokuserar på bl.a. assistansanordnare, lämnar myndigheten ett flertal förslag på författningsändringar i form av nya sekretessbrytande bestämmelser mellan myndigheter, nya uppgiftsskyldigheter, anmälningsskyldigheter och utökade möjligheter att meddela sanktionsavgift m.m. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

I rapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, skriver IVO att det är relevant att utreda om myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikronivå.⁷³

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anger regeringen att IVO ska effektivisera tillsyns- och tillståndsverksamheten och anger närmare att IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur som främjar en strategisk och effektiv tillsyns- och tillståndsverksamhet. Vidare ska

⁷¹ Statskontoret (2020).

⁷² Se rapporterna IVO 2021-2, IVO 2020-11, IVO 2020-12 och IVO 2021-4.

⁷³ Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott, s. 29.

IVO utveckla automatiserad inhämtning av information samt data-drivna analysmodeller som kan användas för att effektivisera tillsynen och tillståndsprövningen. Av IVO:s återrapportering ska framgå hur myndigheten har utvecklat informationsinhämtningen och i vilken utsträckning datadrivna analysmodeller används inom tillsynen och tillståndsprövningen. IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur och ska utveckla automatiserad inhämtning av information.

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anges även ett nytt uppdrag som avser IVO:s förebyggande strategiska tillsyn av hälso- och sjukvården. IVO ska inkomma med underlag som innehåller förslag vad gäller utveckling av myndighetens förebyggande tillsyn avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården. IVO ska särskilt beakta behovet av samarbete och gemensamma tillsynsinsatser med andra berörda aktörer, bl.a. Arbetsmiljöverket, i syfte att genomföra utredningar som kan peka på sådana risker för patienter som kan hänföras till brister på systemnivå. Myndigheten ska beskriva konsekvenserna av eventuella förslag. En delredovisning ska ske senast den 1 december 2021 och uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2022.

I juni 2021 lämnade IVO rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*. IVO skriver att myndigheten behöver utveckla tillsynen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården på lika villkor och av risker med väntetider. En del i en utvecklad tillsyn handlar om att IVO behöver data om väntetider i hela vårdkedjan. Data i befintliga register svarar inte fullt ut mot tillsynens behov. IVO utvecklar därför metoder för att granska stora mängder patientjournaler och att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.⁷⁴

⁷⁴ IVO 2021-7, s. 4 f.

13.6.3 Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården

En väl fungerande tillsyn av hälso- och sjukvården är en grundläggande fråga för allmänhetens förtroende för sjukvården. IVO har som tillsynsmyndighet en central roll att uppmärksamma brister i patientsäkerheten och att agera utifrån dessa risker. Det är IVO och domstolar, som kan konstatera om reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen efterlevs och som således kan ge aktörer ledning hur den etiska plattformen med behovs-solidaritetsprincipen ska tolkas.

För att IVO ska kunna ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården, bedömer utredningen att IVO behöver utveckla arbetssätten men också ges nya rättsliga förutsättningar.

Utredningens förslag syftar till att ge både regionerna, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, och IVO, i egenskap av tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården, bättre förutsättningar att ta sitt ansvar. Utredningen menar att förslagen som riktar sig till regionerna respektive IVO bör utformas så lika som möjligt eftersom syftet med förslagen är detsamma. Regionerna ges bättre förutsättningar att ta ansvar för kontroll och uppföljning av den offentligfinansierade vården medan IVO ges bättre förutsättningar att ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över all hälso- och sjukvård. Det handlar således inte om något nytt ansvar utan om att ge aktörerna bättre förutsättningar att kunna ta ansvaret.

I det följande beskrivs de förslag som utredningen lämnar. Dessa förslag riktar sig mot all hälso- och sjukvård och alla vårdgivare. Det innebär att både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården omfattas av förslagen som rör IVO:s tillsyn. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.6.4 Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret

Det saknas i dag tillräckligt med uppgifter om finansiering och andra relevanta data för att IVO ska kunna granska privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att det av gällande lagstiftning framgår att den verksamhet som står under IVO:s tillsyn är skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. Detta förutsätter dock att det finns tillräckliga data för IVO att begära in samt att IVO vet om att uppgifterna behöver inhämtas från just de aktörerna. Uppgifter som kan vara nödvändiga för IVO:s tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan vara individdata, bl.a. om det medicinska behovet och om väntetider men också uppgifter från årsredovisningar och vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för den vård de köper.⁷⁵

IVO får i dag uppgifter om vårdgivare via ett anmälningsskyltförfarande som registreras i det s.k. vårdgivarregistret. Till skillnad från på andra områden krävs inte ett tillstånd från IVO för att bedriva hälso- och sjukvård utan lagstiftaren ansåg att ett anmälningsskyltförfarande för hälso- och sjukvårdsverksamhet är ett bättre alternativ än en tillståndsprövning. Bestämmelserna om anmälningsskyldighet har varit i princip oförändrade sedan motsvarande bestämmelser infördes i 6 och 8 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.⁷⁶

I förarbetena till bestämmelserna om anmälningsskyldighet 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 år 2013). Det blir sedan en fråga för tillsynen att följa upp och kontrollera hur verksamheten sköts.⁷⁷ I förarbetena anges att anmälan ska innehålla grundläggande uppgifter för att Socialstyrelsen 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

⁷⁵ Se IVO förstudie (2020), s 19 f.

⁷⁶ Prop. 1995/96:176, s. 69 ff., 76 f. och 95 och prop. 2005/06:63, s. 28 f. och 37.

⁷⁷ Prop. 1995/96:176, s. 48.

det framtida behovet av tillsyn.⁷⁸ I förarbetena nämns vissa verksamheter som kan vara av särskilt intresse med hänsyn till patientsäkerheten. I förarbetena uttalas att eftersom anmälan endast innehåller basuppgifter om verksamheten ska kravet på anmälan i första hand ses som ett signalsystem. Regeringen uttalade att den anser att det för Socialstyrelsens 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.⁷⁹

I LYHS fanns en bestämmelse om att anmälan skulle innehålla information om vissa uppdragstagare eller entreprenadavtal. I förarbetena till denna bestämmelse anges följande.

Det förhållandet att huvudmannen för en anmälningspliktig verksamhet avser att anlita extern utförare av medicinska laboratoriearbeten, i stället för att bedriva denna del av verksamheten i egen regi, är en betydelsefull upplysning för tillsynsmyndigheten och bör följaktligen vara en obligatorisk uppgift i anmälan. Om ett entreprenadavtal ingås eller sägs upp i en pågående verksamhet är detta normalt att betrakta som en så stor förändring att den ska anmälas särskilt. Anmälan innebär, som tidigare påpekats, inte några inskränkningar i huvudmannens eget ansvar för avtalets konstruktion och den nödvändiga kvalitetskontrollen.⁸⁰

Denna bestämmelse fördes dock inte över till patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Genom den anmälningsskyldighet och det vårdgivarregister som IVO ansvarar för, får IVO således kännedom om de verksamheter som myndigheten har tillsynsansvar över. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, ska anmäla till IVO att den avser bedriva verksamhet som omfattas av myndighetens tillsyn. Även förändringar i verksamheten ska anmälas. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt

⁷⁸ Prop. 1995/96:176, s. 71.

⁷⁹ Prop. 1995/96:176, s. 75.

⁸⁰ Prop. 1995/96:176, s. 73.

patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.⁸¹

Av patientsäkerhetslagen framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över anmälda verksamheter enligt patientsäkerhetslagen. Det sker i vårdgivarregistret. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. I förordningen anges att registret bl.a. får innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning och omfattning. Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter.

Som beskrivs i kapitel 7 har det framförts kritik mot vårdgivarregistret då inrapporteringen delvis är bristfällig och då sanktioner i form av böter inte har bedömts vara ändamålsenliga. Utredningen har övervägt olika alternativ för att stärka IVO:s tillsyn över frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Utredningen har övervägt om det bör inrättas ett särskilt register som avser just uppgifter om finansiering och/eller privata sjukvårdsförsäkringar och där det även finns uppgifter om patientens medicinska behov och väntetider. Utredningen anser dock att det är rimligt att befintliga register hos IVO används men byggs ut och utvecklas. IVO har uppgett att det pågår ett internt utvecklingsarbete med myndighetens register och där vårdgivarregistret är prioriterat. Bl.a. byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen.

Utredningen föreslår att vårdgivarregistret utvidgas så att det innehåller uppgifter som kan underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

All verksamhet oavsett finansieringsform ska redan i dag anmälas till IVO. Av anmälningsblanketten framgår att det i anmälan ska anges om vårdgivaren är offentlig eller privat. Finansieringsform ska dock inte anmälas. Inte heller ska det anmälas om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, t.ex. både regioner och försäkringsbolag, och hur den vården i sådana fall är finansierad. Sådan information måste IVO således begära in med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen.

Utredningen anser att IVO automatiskt bör få tillgång till uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade.

⁸¹ 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Uppgifterna bör finnas i vårdgivarregistret. Sådana bestämmelser kan meddelas inom ramen för regeringens restkompetens enligt 8 kap. 13 § första stycket 2 regeringsformen.⁸² Utredningen föreslår därför att dessa förändringar sker i patientsäkerhetsförordningen och tillhörande föreskrifter. Syftet med att anmäla flera uppdragsgivare är att IVO får kunskap om vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. För uppgifter hos IVO gäller bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Motsvarande bestämmelser föreslås för regionerna där utredningen föreslår att det i avtalen ska anges huruvida den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de verksamheterna är finansierade.

Utredningen anser att kunskap om finansieringsform är intressant även i de fall vårdgivaren bara har en uppdragsgivare. Exempelvis torde det vara viktigt att veta om det är fråga om en privat vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård eller om det är en privat vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård. Det torde även vara intressant att känna till de fall där regionen bedriver vård som inte finansieras med offentliga medel, t.ex. vid tjänsteexport.

Hur anmälningsskyldigheten bör utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och föreskriften. Förfarandet bör utformas på ett så enkelt och smidigt sätt som möjligt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen eller det exakta antalet direktbetalande patienter.

Det är viktigt att IVO har tillgång till aktuella uppgifter. Av nuvarande bestämmelser följer att anmälan till IVO ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas. Det kan vara så att vårdgivare får nya uppdragsgivare efter att verksamheten har påbörjats eller att det sker andra förändringar efter anmälan. Sker det förändringar vad gäller uppdragsgivarna bör detta, enligt utredningens uppfattning, vara en sådan förändring som ska anmälas till IVO. Det behövs även särskilda övergångsbestämmelser, se kapitel 15.

⁸² Prop. 2009/10:210, s. 192. Se även upplysningsbestämmelsen i 2 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

Att vårdgivarregistret kommer innehålla uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kan vara av betydelse för externa aktörer som efterfrågar uppgifter från IVO:s vårdgivarregister. Som beskrivs i kapitel 6.6.1 inhämtar t.ex. vissa regioner uppgifter från vårdgivarregistret i samband med upphandlingar.

Som beskrivs i kapitel 5.5 finns det legitimerad vårdpersonal på försäkringsbolagen som utför medicinska bedömningar. Såvitt utredningen kan bedöma står sådan verksamhet under IVO:s tillsyn och bör därför anmälas till IVO.

13.6.5 IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad

Utredningen delar regeringens bedömning i IVO:s regleringsbrev för 2021 att IVO bör utveckla det förebyggande arbetet avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården.⁸³ IVO bör arbeta mer strategiskt och genom tillsyn bidra till kunskapsuppbyggnad.⁸⁴

I förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, anges att verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet samt att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser. I patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att IVO inom ramen för sin tillsyn bl.a. ska lämna råd och ge vägledning, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten. Att IVO ska arbeta förebyggande framgår således i vart fall indirekt av författningar och påtalas också i förarbetena till patientsäkerhetslagen.⁸⁵

Utredningen konstaterar således att IVO inte bara ska agera vid konstaterade vårdskador utan även arbeta förebyggande. Förslaget om att utöka anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret ska ses som en del i IVO:s utveckling av myndighetens förebyggande arbete. I och med att vårdgivarregistret, enligt förslaget, kommer att

⁸³ Se SOU 2020:15, s. 14, där det föreslås att regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande.

⁸⁴ Tillitsdelegationen föreslog en inriktning för ökat lärande i tillsynen, se SOU 2018:48, s. 83 ff.

⁸⁵ Se även diskussion om den förebyggande tillsynen och exempel på sådan i form av diskussion kring förbättringsåtgärder, rådgivning och vägledning i prop. 2008/09:160, s. 72 f. och prop. 2012/13:20, s. 91 f.

innehålla uppgifter om vilka vårdgivare som har flera uppdragsgivare behöver IVO inte lägga tid och resurser på att identifiera dem. Förslaget syftar till att ge indikationer på vilka tillsynsinsatser som bör vidtas och mot vilken verksamhet.

Ytterligare förebyggande arbete som kan vara aktuellt för IVO och som har koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och privata vårdgivare, kan vara att informera om aktuella regelverk eller ta fram informationsmaterial riktade till t.ex. hälso- och sjukvårdspersonal eller vårdgivarna. För att bidra till kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården skulle IVO kunna göra orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” sökbara i myndighetens databaser. I nästföljande avsnitt föreslås ett samarbete mellan IVO och regionerna i frågor som rör privata vårdgivare och försäkringar. Även ett sådant samarbete utgör en del av IVO:s förebyggande arbete.

IVO arbetar för närvarande med att bygga e-tjänster för att underlätta anmälningförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningfrekvensen. Att IVO arbetar mindre manuellt och mer databaserat är nödvändigt för att IVO ska kunna öka sin förmåga att förutse risker, identifiera avvikelser och vidta åtgärder, dvs. arbeta förebyggande.

IVO har i flera regeringsuppdrag påtalat behovet av såväl författningsändringar som utökade resurser för att kunna arbeta ännu mer förebyggande. Utredningen anser att det är viktigt att IVO ges möjlighet att stärka tillsynen i form av förebyggande arbete. För att möjliggöra det kan även IVO behöva uppgifter från andra myndigheter, vilket beskrivs i 13.6.8.

För att betona vikten av det förebyggande arbetet anser utredningen att IVO:s instruktion bör kompletteras med en sådan skrivning.

13.6.6 Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar

Utredningens förslag i detta betänkande syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård i samband med vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen föreslår därför nya verktyg för regionerna och IVO för uppföljningen respektive tillsynen. IVO:s ansvar som statlig tillsynsmyndighet och regionernas ansvar

som huvudmän överlappar delvis varandra på hälso- och sjukvårdens område.⁸⁶ Det kan finnas både för- och nackdelar med en sådan överlappning. Det kan t.ex. finnas en risk för olika bedömningar från huvudmannen och tillsynsmyndigheten. En annan risk med överlappningen är att de privata vårdgivarna kan få en mer omfattande administrativ börda när både IVO och regionerna granskar och begär information om samma förhållanden. Det finns enligt utredningens mening samtidigt fördelar med det delade ansvaret. IVO har t.ex. inte möjlighet att granska varje enskilt objekt varje år till skillnad från regionerna som har en nära avtalsrelation med vårdgivaren och löpande ska följa upp varje avtal.

Enligt utredningens mening är det viktigt med en dialog mellan IVO och regionerna för att underlätta och effektivisera arbetet med tillsyn och uppföljning. Regionerna bör t.ex. ta del av IVO:s tillsynsbeslut som berör verksamhet som upphandlas för att de ska kunna utöva sitt huvudmannaskap på ett bättre sätt och regionerna bör underrätta IVO om missförhållanden som de uppmärksammar.

Som beskrivs ovan torde vissa försäkringsbolag redan stå under IVO:s tillsyn. Försäkringsbolagen står även under Finansinspektionens tillsyn. Det kan därför vara nödvändigt även med ett samarbete mellan IVO och Finansinspektionen.

13.6.7 Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret

För att vårdgivarregistret ska kunna uppfylla sitt syfte behöver det vara komplett. I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande *Krav på privata aktörer i välfärden* anges att det inte är möjligt att uppge 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.⁸⁷ I dagsläget bedömer IVO att registret inte är heltäckande men att det inte går att svara på till vilken procent av alla verksamheter i landet som täcks av registret.

Utredningen anser att det behövs verkningfulla sanktioner för att säkerställa att anmälan sker på sätt som är föreskrivet. I patient-

⁸⁶ Se resonemang om detta i SOU 2013:53, s. 164.

⁸⁷ SOU 2015:7, s. 127.

säkerhetslagen anges att den som uppsåtligt eller av oaksamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsynen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.

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

Det finns allmänt en kriminalpolitisk strävan att undvika att kriminalisera beteenden om det inte är absolut nödvändigt. Ett kriterium som brukar anges som krav för att det ska vara befogat att kriminalisera ett visst beteende är att det saknas alternativa sanktioner, eller att de inte är rationella eller skulle kräva oproportionerligt höga kostnader.⁸⁸

Utredningen anser därför att man bör göra en förnyad prövning av vilken sanktion som ska användas för att komma till rätta med brister i anmälan till vårdgivarregistret.

Nuvarande sanktion bygger på att beteendet är kriminaliserat, till skillnad från vad som gäller enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.⁸⁹ Något tydligt skäl till varför regeringen föreslog att kriminalisera utebliven anmälan finns inte i förarbetena.⁹⁰

Straff är den mest ingripande metoden som staten kan använda för att styra beteenden. I stället för straff finns administrativa sanktioner som kan användas för att styra beteenden. Det kan vara förelägganden eller förbud 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. Storleken på vitet ska anpassas till vad som bedöms nödvändigt.⁹¹ Lagen (1985:206) om viten är tillämplig på de viten som en myndighet kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

⁸⁸ Se t.ex. SOU 2013:38, s. 18 f.

⁸⁹ 13 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453) och 26 f § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁹⁰ Prop. 1995/96:176, s. 100.

⁹¹ SOU 2012:75, s. 655.

Sanktionsavgift är en form av ekonomisk påföljd för överträdelser av särskilda författningsbestämmelser och som erläggs till det allmänna. Genom sin preventiva effekt kan de motverka överträdelser. En sanktionsavgift kan användas oavsett om det i det särskilda fallet har uppstått någon ekonomisk fördel eller inte.⁹²

Sanktionsavgift betraktas som en mer ingripande sanktion än vite och förelägganden. En förutsättning för att kunna införa bestämmelser om sanktionsavgift är att det är tydligt och förutsebart i vilka situationer en sanktionsavgift kan tas ut.

Frågan om sanktioner kopplade till vårdgivarregistret har utretts tidigare. Vårdförutredningen föreslog att IVO, i stället för böter, skulle ges möjlighet att meddela föreläggande som skulle få förenas med vite.⁹³ Det förslaget mottogs positivt av remissinstanserna.⁹⁴

IVO föreslår i en rapport att det bör införas sanktionsavgift i de fall anmälan inte sker till ett annat av IVO:s register, nämligen omsorgsregistret.⁹⁵ IVO utvecklar i rapporten fördelarna med en sanktionsavgift framför möjligheten till föreläggande som får förenas med vite. IVO bedömer att en sanktionsavgift bedöms ge större incitament än ett föreläggande med vite och att den utgör en direkt sanktion för underlåtenheten att anmäla medan ett vitesföreläggande behöver utdömas av domstol.

Enligt utredningen är det inte godtagbart att verksamhet 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.

Utredningen bedömer att nuvarande sanktion behöver ersättas med nya sanktioner för att öka benägenheten hos vårdgivare att anmäla uppgifter till vårdgivarregistret. Utredningen har övervägt att i stället för böter ge IVO rätt att ta ut administrativ sanktion i form av ett föreläggande med krav att vårdgivaren anmäler enligt vad som är föreskrivet. Det kan även vara motiverat att förstärka effekten genom att förena föreläggandet med vite. Utredningen har även undersökt om IVO i stället bör ges rätt att ta ut en sanktionsavgift av den som inte anmäler enligt vad som är reglerat. IVO har till ut-

⁹² SOU 2012:75, s. 656 och prop. 1981/82:142.

⁹³ Se SOU 2017:38, s. 204 där ett sådant förslag presenteras.

⁹⁴ Se t.ex. Vårdföretagarna 2017-09-07, Företagarna 2017-09-11 och IVO 2017-08-30.

⁹⁵ IVO 2020-12.

redningen framställt önskemål om nya sanktioner och då företädesvis sanktionsavgift.⁹⁶

Utredningen föreslår att nuvarande straffsanktion ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Utredningen anser att det är lämpligt att IVO ska få möjlighet att meddela förelägganden och att de ska få förenas med vite i de fall reglerna om anmälan till vårdgivarregistret inte följas. Utredningen bedömer att förelägganden kan formuleras på ett verkningsfullt sätt. IVO har redan i dag möjlighet att meddela förelägganden och förena dem vid vite på andra områden och har således stor erfarenhet av hur sådana beslut bör utformas. 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 viteslagen anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Det är lämpligt att börja med ett system med föreläggande som kan förenas med vite. För det fall det visar sig att det inte är tillfyllest bör möjligheten till sanktionsavgift övervägas på nytt. Det kan då vara läge att skärpa sanktionsmöjligheterna för att beivra oönskade beteenden vad gäller följsamheten till bestämmelserna om anmälan.

Utredningen anser att det inte bör finnas risk för dubbel bestraffning. Utredningen föreslår därför att nuvarande straffbestämmelse ska avskaffas.

I likhet med andra förelägganden som IVO meddelar ska även förelägganden som rör anmälan till vårdgivarregistret få överklagas. Ett tillägg behöver därför ske i 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen.⁹⁷

13.6.8 IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer

IVO har i flera rapporter beskrivit att myndigheten, för att kunna utveckla tillsynsarbetet, behöver tillgång till uppgifter från andra myndigheter och aktörer. IVO skriver i en rapport om tillgänglig-

⁹⁶ Se även IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.

⁹⁷ Förarbeten till bestämmelsen om vilka av IVO:s beslut som får överklagas finns i prop. 2012/13:20, s. 125, prop. 2009/10:210, s. 246 f., prop. 1997/98:109, s. 176 f. och prop. 1995/96:176, s. 99 f.

het⁹⁸ att myndigheten avser att återkomma till regeringen avseende myndighetens behov av data från andra.⁹⁹ IVO har i en annan rapport föreslagit att myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikro-nivå.¹⁰⁰

Utredningen bedömer att IVO kan behöva uppgifter från andra aktörer även vad gäller IVO:s tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan det vara relevant att granska information från olika vårdgivares journaler som rör den enskildas medicinska behov, väntetider på individnivå kopplade till finansieringsform för vården, vårdgivarens ledningssystem och olika avtalsförhållanden.¹⁰¹

I samband med utredningens överväganden om IVO:s möjlighet att få ytterligare uppgifter för sin tillsyn över hälso- och sjukvården har utredningen utrett om IVO kan få direktåtkomst eller annan tillgång till andra myndigheters eller aktörers uppgifter. De databaser och register som utredningen har identifierat kan vara av intresse för IVO är Socialstyrelsens patientregister, olika Nationella Kvalitetsregister, uppgifter hos Skatteverket, uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen hos SKR samt uppgifter från E-hälsomyndigheten.

Vad gäller Socialstyrelsens patientregister föreslår utredningen i kapitel 13.7 att registret även ska innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i patientregistret torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte direktåtkomst till Socialstyrelsens patientregister. Däremot har Socialstyrelsen direktåtkomst till IVO:s vårdgivarregister.¹⁰² Utredningen känner inte till att denna direktåtkomst utnyttjas. Det finns även bestämmelser om uppgiftsskyldighet mellan Socialstyrelsen och IVO men då framför allt om IVO:s uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har endast uppgiftsskyldighet till IVO vad gäller ärenden om prövning av behörighetsfrågor om uppgifterna behövs i

⁹⁸ IVO 2021-7.

⁹⁹ IVO 2021-7, s. 100.

¹⁰⁰ IVO delrapport (2020), s. 70 f.

¹⁰¹ Se IVO:s beskrivning av hur en tillsyn kan gå till i IVO förstudie (2020), s. 19 f.

¹⁰² Se 2 kap. 4 § fjärde stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) och 8 kap. 7 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

ett tillsynsärendet enligt samma lag.¹⁰³ Det finns alltså inte någon uppgiftsskyldighet till IVO som kan bidra till ökad information om privata sjukvårdsförsäkringar.

Vad gäller de Nationella Kvalitetsregistren rekommenderar utredningen i kapitel 13.8 att de, i de fall det är relevant, bör innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i registren torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. Av patientdatalagen (2008:355) framgår att vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren har lämnat till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. IVO har dock inte direktåtkomst till de registren.

Utredningen föreslår i kapitel 13.9 att förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas till Skatteverket. Denna uppgift torde vara viktig för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har behov av uppgifter från Skatteverket på omsorgsområdet och har därför lämnat författningsförslag till regeringen för att öka tillgången till data från andra myndigheter, bl.a. från Skatteverket.¹⁰⁴ I den rapporten föreslår IVO att det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse gentemot Skatteverket i förordningen (2001:588) om behandling av uppgifter i Skatteverkets beskattningsverksamhet. Syftet är att IVO ska kunna få tillgång till uppgifter om enskildas skattekonton. IVO skriver i en annan rapport som handlar om tillgänglighet att IVO för tillsynen, behöver få uppgifter om exempelvis inkomst, utbildningsnivå och födelseland.¹⁰⁵

IVO är beroende av uppgifter från den nationella väntetidsdatabasen hos SKR för att kunna utveckla tillsynen av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet i form av väntetider till vården. Det finns inte några särskilda regler om väntetidsdatabasen förutom om regionernas rapporteringsskyldighet. Det finns t.ex. inte några regler om direktåtkomst eller uppgiftsskyldighet. För att få tillgång till data om väntetider har IVO ett samarbete med SKR om att regelbundet ta del av uppgifterna i den nationella väntetidsdatabasen. SKR har dock inte någon skyldighet att lämna ut uppgifterna till IVO och IVO har inte heller några befogenheter att kräva uppgifter av SKR.¹⁰⁶

¹⁰³ 8 kap. 10 § patientsäkerhetsförordningen och 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen.

¹⁰⁴ IVO 2020-11.

¹⁰⁵ IVO 2021-7, s. 100.

¹⁰⁶ IVO 2021-7, s. 100.

Det finns uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till IVO avseende uppgifter om en läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel men inte någon annan uppgiftsskyldighet till IVO.¹⁰⁷

Utredningen menar att det är mycket angeläget att IVO har tillgång till erforderliga uppgifter för tillsynen och har tillgång till relevanta uppgifter som finns hos andra myndigheter och aktörer. En förutsättning för en effektiv förebyggande tillsyn är data som kan ge en överblick över risker för patientsäkerheten, se ovan om utredningens förslag om att förtydliga det förebyggande arbetet i IVO:s instruktion. Att den statliga tillsynsmyndigheten på hälso- och sjukvårdens område kan utöva en effektiv tillsyn är grundläggande för förtroendet för hälso- och sjukvården och i förlängningen förtroendet för det svenska välfärdssamhället.

I en utredning om vilka uppgifter som IVO ska ha rätt till behöver det utredas om uppgifterna omfattas av sekretess och i sådana fall vilken sekretess som gäller för uppgifterna hos den utlämnande myndigheten. Vidare behöver det beskrivas på vilket sätt uppgifterna har betydelse för IVO:s tillsynsverksamhet. Bestämmelsen om den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) behöver också analyseras.¹⁰⁸ För att ett sekretessgenombrott ska kunna godtas krävs vidare en beskrivning av vilket skydd uppgifterna skulle få hos IVO. För det fall det övervägs en direktåtkomst för IVO behöver man ha i åtanke att samtliga uppgifter som IVO ges direktåtkomst till är att betrakta som allmänna handlingar som kan begäras ut hos IVO. Vidare behöver det ske en avvägning mellan de intressen som sekretessen avser att skydda hos den utlämnande myndigheten och det intresse IVO har av uppgifterna. Om det inte handlar om att IVO behöver sekretessbelagda uppgifter, krävs inte samma typ av regelverk. Det kan dock finnas andra skäl, t.ex. behov av momentan och automatiserad överföring av uppgifter, som förutsätter en reglering. Det behövs även en analys av hanteringen av eventuella personuppgifter och av konsekvenserna för den

¹⁰⁷ 6 kap. 6 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

¹⁰⁸ Den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) bygger på att ett rutinmässigt uppgiftsutbyte av sekretessbelagda uppgifter mellan myndigheter i regel ska vara särskilt författningsreglerat (prop. 1979/80:2, del A, s. 327 och 81). Generalklausulen gäller inte inom hälso- och sjukvården.

personliga integriteten. Att myndigheter ska bistå varandra och lämna information till varandra framgår av flera författningar.¹⁰⁹

Utredningen har inte inom ramen för detta uppdrag möjlighet att utreda dessa frågor närmare. Det är dock angeläget att frågorna snarast utreds. Utredningen föreslår därför att frågorna utreds särskilt, antingen i form av ett uppdrag till IVO eller genom en statlig utredning. Det bör då samtidigt utredas om IVO:s förslag om att bli statistikmyndighet skulle kunna öka det generella kunskapsläget gällande privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på patientsäkerheten.

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret

Utredningens förslag: Behandlingen i patientregistret ska få avse uppgifter om finansieringsform för vården.

Skälen för utredningens förslag: Nationella hälsodataregister gör det möjligt att utvärdera hälso- och sjukvårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet samt ge ett underlag för forskning, uppföljning och vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Patientregistret är ett hälsodataregister och omfattas av regleringen i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister och är en viktig källa till fakta om hur hälso- och sjukvården bedrivs i hela landet.¹¹⁰

Informationen i patientregistret skyddas av absolut sekretess, 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), och det är särskilt reglerat för vilka ändamål uppgifterna får behandlas. Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Informationen från patientregistret ligger bl.a. till grund för de underlag som Socialstyrelsen tar fram till beslutsfattare, t.ex. för utvärderingar, statistik och öppna jämförelser. Data från

¹⁰⁹ Se t.ex. 8 § förvaltningslagen (2017:900) och 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

¹¹⁰ Socialstyrelsen (2019).

registret används även i forskningsprojekt. Regeringen uttalar i prop. 2019/20:164 att frågan om att följa patientens väg genom vården är av största intresse för att kunna följa tillgänglighet och väntetider och att Socialstyrelsen därför har fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.¹¹¹

Uppgifter från primärvården omfattas inte i dag av registret men Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på nödvändiga författningsändringar för att nationell insamling av uppgifter från primärvården ska kunna komma till stånd. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021 och bereds för närvarande i Regeringskansliet.¹¹² Den största delen av den hälso- och sjukvård som i dag betalas med privata sjukvårdsförsäkringar bedrivs inom de områden som redan omfattas av patientregistret, så som specialistvården.

Det är den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården som ska lämna uppgifter till Socialstyrelsen. Uppgifterna till patientregistret omfattar sedan år 2001 både offentliga och privata vårdgivare, såväl offentligfinansierade som privatfinansierade. Vissa uppgifter ska dock lämnas av Statistiska centralbyrån. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister finns bestämmelser om hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras.

13.7.1 Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret

Data om privata sjukvårdsförsäkringar är i dag bristfällig. Enligt nuvarande bestämmelser om patientregistret anges inte att vårdgivaren ska rapportera finansieringsform, dvs. om vården betalas med offentliga eller privata medel, till patientregistret. Patientregistret är en viktig källa till fakta om hälso- och vården i Sverige. Utredningen anser att patientregistret ska innehålla uppgift om hur hälso- och sjukvården finansieras i syfte att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter.

I det följande ges exempel på vad som skulle gå att få fram om patientregistret skulle innehålla uppgift om finansieringsform för

¹¹¹ Prop. 2019/20:164, s. 47.

¹¹² Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården. Det skulle exempelvis gå att få fram uppgifter om hur vanligt det är att hälso- och sjukvård betalas med en sjukvårdsförsäkring. Det skulle gå att få fram uppgifter om utnyttjandet av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Vidare skulle det gå att se vilken typ av vård som betalats via försäkring men även vilka sjukdomar, tillstånd och funktionsnedsättningar som kan ersättas på det sättet. Utifrån de uppgifter som utredningen har fått fram, och som redovisas i kapitel 5.4, står insatser inom ortopedi för omkring 35 procent av samtliga insatser men övriga odefinierade områden står för ungefär lika stor del. Andra vårdområden är bl.a. hud och psykiatri. Vidare skulle det gå att se om vissa delar i en vårdkedja finansieras offentligt medan andra delar finansieras privat. Om registret kompletterades med finansieringsform skulle det öka möjligheterna att få fram uppgifter om vilka vårdgivare som utför vården och var de geografiskt är placerade i förhållande till var patienterna bor. Det skulle även vara möjligt att undersöka vilka förändringar över tid som sker i fördelningen mellan offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Dessutom skulle kunskapen kunna öka rörande försäkringstagares användande av det övriga socialförsäkringssystemet genom samkörning med andra register i relation till jämförbara icke privatförsäkrade grupper utnyttjande. Kunskapen skulle kunna användas för att utvärdera effekterna av olika finansieringsformer, däribland privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle även underlätta möjligheten att utifrån ett nationellt perspektiv följa, jämföra och utvärdera den vård som finansieras offentligt respektive privat.

I lagen (1998:543) om hälsodataregister anges för vilka ändamål uppgifter får behandlas. Det handlar om framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ett utvidgat patientregister med uppgift om finansieringsform kan ge en bättre helhetsbild av vårdens innehåll och verksamhet, samt möjliggöra uppföljning av vårdens kvalitet. Vårdgivare skulle också få ett underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete. Utredningen anser sammantaget att förordningen behöver kompletteras med denna uppgift.

Om uppgiften om finansieringsform införs i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen behöver det ske ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. I föreskrifterna

bör det anges hur uppgiftsskyldigheten ska gå till, exempelvis hur de olika finansieringsformerna, t.ex. privat sjukvårdsförsäkring eller kontant betalning, ska rapporteras. Den offentliga finansieringen kan ske enligt det upphandlingsrättsliga regelverket.¹¹³ De olika uppgifterna behöver vara enhetligt registrerade vilket förutsätter en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation med enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk. Det är viktigt att rapporteringen görs så enkel som möjligt och att Socialstyrelsen vid utformandet av rapporteringen tar fram enkla system exempelvis för de vårdgivare som bara bedriver offentligfinansierad eller privatfinansierad vård.

Förslaget om att uppgift om finansieringsform för vården ska registreras i patientregistret riktar sig till alla vårdgivare. Det innebär att regionen, i de fall denne är vårdgivare, ska rapportera till registret. Även alla privata vårdgivare ska rapportera den uppgiften. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.7.2 Konsekvenser för den personliga integriteten

Ett förslag om att ytterligare uppgifter ska registreras i patientregistret behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. Reglering av i vilka fall personuppgifter får behandlas finns i dataskyddsförordningen.¹¹⁴ Det finns även bestämmelser i regeringsformen, den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) och i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (rättighetsstadgan) som behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. I det följande redovisas utredningens analys.

¹¹³ Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

¹¹⁴ För en närmare beskrivning av denna se kapitel 3.12.

Analys utifrån dataskyddsförordningens bestämmelser

Personuppgiftsbehandling får enligt artikel 5.1 b dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta och tydligt formulerade. Socialstyrelsen har enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister stöd att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Ett exempel på ett sådant hälsodataregister är det patientregister som Socialstyrelsen får föra enligt 1 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i hälsodataregistren har sin rättsliga grund i artikel 6.1 e dataskyddsförordningen, dvs. anses vara ett allmänt intresse som anges i förordningen.¹¹⁵ Utredningen föreslår inte någon förändring av för vilka ändamål uppgiften om finansieringsform ska få användas.

Merparten av uppgifterna i patientregistret är känsliga personuppgifter och omfattas därmed av artikel 9 p. 1 dataskyddsförordningen avseende behandling av särskilda kategorier av personuppgifter. Enligt huvudregeln är de förbjudna att behandla. Det finns dock undantag till detta förbud, bl.a. är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om hälsa om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, forskning samt epidemiologiska undersökningar och arkivändamål. Från integritetssynpunkt är det väsentligt att inte andra personuppgifter behandlas än vad som är nödvändigt.

Utredningen bedömer att uppgift om finansieringsform för vården tillsammans med andra uppgifter i patientregistret som identifierar en person utgör en personuppgift. Utredningen gör den bedömningen utifrån att uppgiften om finansieringsform kan användas för att särskilja personer från varandra och att den skulle samlas in till registret som redan innehåller flertalet personuppgifter. Därtill räknas flera andra uppgifter upp i 4 § patientregisterförordningen som liknar finansieringsform ur personuppgiftshänseende, så som vårdkostnad och vårdenhet. Utredningen bedömer därför att det är i patientregisterförordningen som registreringen av uppgiften ska regleras. Utredningen anser inte att uppgiften om finansieringsform för vården är en sådan känslig uppgift som avses i dataskyddsför-

¹¹⁵ Se även Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 50 ff.

ordningen. Uppgiftens karaktär bedöms i vart fall inte vara direkt integritetskänslig.

Genom att föra in variabeln finansieringsform i patientregistret blir det transparent, för såväl allmänheten som vårdgivarna, att uppgiften ska rapporteras in till Socialstyrelsen från vårdgivarna (artikel 12 och 14 dataskyddsförordningen). Det är viktigt med transparens om syftet med insamlingen, datahanteringen samt att individen får information om rätten att ta del av sina egna uppgifter. Enligt patientregisterförordningen ska Socialstyrelsen på lämpligt sätt informera allmänheten om registret. Myndigheten har som en del av detta publicerat faktablad riktade till allmänheten om nyttan med hälsodataregister dels generellt, dels för de enskilda registren, däribland patientregistret.

I egenskap av personuppgiftsansvarig ska Socialstyrelsen skydda personuppgifterna på ett adekvat sätt genom lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Detta framgår både av den allmänna principen om integritet och konfidentialitet i artikel 5.1 f), och av artikel 32 dataskyddsförordningen. Uppgifterna om finansieringsform kommer att skyddas av både sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och tekniskt skydd, så som separat registermiljö, kryptering av förbindelser och behörighetsstyrning hos Socialstyrelsen.¹¹⁶

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det handlar om en förhållandevis liten utvidgning av registret. Vidare är det fråga om nödvändiga uppgifter. Nyttan av behandlingen kan bedömas som stor med tanke på de ökade möjligheter till statistik, forskning och uppföljning inom vården som utvidgningen av registret medför. Ett utvidgat patientregister skulle kunna öka möjligheten att följa patientens vårdkedja kopplad till finansieringsform och därmed bättre utvärdera vårdens sammantagna innehåll oavsett vårdgivare, men även ha ett stort värde som underlag för statistik, forskning och uppföljning. Utredningen anser således att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser.

¹¹⁶ Se Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 48.

Analys utifrån bestämmelser i regeringsformen

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport bedömt att det bör finnas stöd i regeringsformen för att utöka patientregistret till att omfatta uppgifter från primärvården, då inskränkningen i den personliga integriteten, som konstateras föreligga enligt 2 kap. 6 § regeringsformen, RF, begränsas med stöd av lag, närmare bestämt lagen om hälsodataregister. Utökningen skulle därför vara förenlig med 2 kap. 20 och 21 §§ RF.¹¹⁷ Utredningen gör motsvarande bedömning avseende förslaget om finansieringsform för vården. Till skillnad från förslaget i Socialstyrelsens rapport är utredningens förslag om att utvidga patientregistret av betydligt mindre omfattning. Förändringen av registret bedöms som nödvändig för att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen kan inte sägas utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller på något sätt innebära en registrering av någons politiska, religiösa eller kulturella åskådning. Förslaget är därför förenligt med RF.

Analys utifrån bestämmelser i Europakonventionen och rättighetsstadgan

Förslaget om att patientregistret ska innehålla uppgift om finansieringsform kommer att regleras med stöd av lagen om hälsodataregister och den kompletterande patientregisterförordningen. Förslaget till ändring handlar om att ytterligare en variabel läggs till sådana uppgifter som redan nu samlas in. Det kan ifrågasättas om denna utvidgning av registret ens rör sig om sådan inskränkning av rätten till respekt för privat- och familjeliv som anges i artikel 8 i Europakonventionen. Uppgiften om finansiering framstår mot bakgrund av de uppgifter som redan finns i registret inte känslig i sig. Författningsändringarna är därför förenliga med Europakonventionen.

Utredningen bedömer att förslaget även är förenligt med rättighetsstadgan. Den föreslagna behandlingen sker för vissa bestämda ändamål som framgår av dataskyddsförordningen och kompletterande nationell lagstiftning. De registrerade har möjlighet att både få tillgång till sina egna uppgifter i patientregistret och har rätt att begära rättelse av dessa uppgifter. Efter en prövning av om förutställningarna är uppfyllda, kan i sådant fall rättelse ske.

¹¹⁷ Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 72.

Sammanfattning av konsekvenserna för den personliga integriteten

Utredningen har analyserat förslaget om att patientregistret ska få innehålla uppgift om finansieringsform för vården utifrån olika integritetsaspekter. Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas ett nationellt register med uppgifter om finansieringsform, vilket innebär att kunskap om finansiering av hälso- och sjukvården och hur den kan påverka vården inte finns tillgänglig. Det är fråga om en förhållandevis liten utvidgning av ett sedan länge väletablerat hälsodataregister som redan omgärdas av regler och andra åtgärder som syftar till att skydda integriteten för den enskilde. Utredningen bedömer att den utökade insamlingen och behandlingen av uppgiften om finansieringsform för vården är nödvändig bl.a. för att kunna framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar och forskning samt för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av vården. Nyttan med detta överväger det intrång som eventuellt kan uppstå i den enskildes integritet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningen, regeringsformen, Europakonventionen och rättighetsstadgan.

För det fall Socialstyrelsens förslag till förändringar genomförs, så att även uppgifter från primärvården omfattas, är det viktigt att uppgiften om finansieringsform även avser den delen av sjukvården.

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister

Utredningens rekommendation: Uppgifter om finansieringsform för vården införs, i de fall det bedöms vara relevant, i de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där privat finansiering förekommer.

Skälen för utredningens rekommendation: Det finns regler om kvalitetsregister i 7 kap. patientdatalagen (2008:355). Av 7 kap. 1 § patientdatalagen följer att ett kvalitetsregister ska ha till syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet och möjliggöra en jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Av lagen

följer vidare att personuppgifter får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet samt att personuppgifter som behandlas för dessa ändamål även får behandlas för bl.a. framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården. Som beskrivs i kapitel 7 är inrapporteringen till kvalitetsregistren frivillig för vårdgivarna.

Utredningen har identifierat två Nationella Kvalitetsregister¹¹⁸ som i dag innehåller uppgifter om finansieringsform, nämligen det Svenska ryggregistret (Swespine) och Scandinavian Obesity Surgery (Obesitasregistret). Dessutom ska Nationellt Kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q IVF) kompletteras med sådan data.

Utredningen konstaterar att det råder brist på information om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården, t.ex. avseende hur behovs-solidaritetsprincipen och andra för hälso- och sjukvården grundläggande principer och bestämmelser efterlevs, kvaliteten och tillgänglighet till vården. Utredningen lämnar i detta betänkande flera förslag för att öka kunskapen.

Utredningen gör följande bedömning avseende finansieringens relevans för vården och hur registreringen av den uppgiften är förenlig med 7 kap. 1 § patientdatalagen. Om uppgiften om finansieringsform skulle finnas i ytterligare kvalitetsregister skulle kunskapen öka och kunna bidra till en medvetenhet om finansieringens eventuella påverkan på kvaliteten inom sjukvården på både nationell och regional nivå. Det skulle exempelvis gå att undersöka om finansieringsformen har påverkat utfallet på vården för patienten eller om det som i Obesitasregistret går att se skillnader på vilken indikation som föranleder en operation.¹¹⁹ Det skulle även ges möjlighet att följa upp och jämföra vården, t.ex. rörande frågor om finansiering kopplad till väntetider samt möjliggöra analyser av skillnader i utfall mellan privat och offentlig finansiering på det sätt som det exempelvis har gjorts i Obesitasregistret. Sådan information skulle kunna bidra till det verksamhetsnära förbättringsarbetet inom vården. Det skulle även gå att få fram data om hur vanligt det är att vissa ingrepp finansieras med en privat sjukvårdsförsäkring och följa utvecklingen över tid. Genom att införa denna uppgift ges vidare möjlighet att på ett mer systematiskt sätt bedriva forskning om finansieringen av

¹¹⁸ För att särskilja de nationella kvalitetsregister som får medel ur överenskommelsen från övriga regionala och nationella kvalitetsregister benämns de föregående med versaler.

¹¹⁹ Se kapitel 7.6.

vården samt framställa statistik. I kapitel 11 beskrivs närmare hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården på olika sätt. Utredningen anser sammanfattningsvis att en registrering av finansieringsform i Nationella Kvalitetsregister väl överensstämmer med syftet med regleringen i patientdatalagen.

Den största delen av hälso- och sjukvården är offentligfinansierad och utredningen anser därför inte att det är nödvändigt eller ens lämpligt att alla kvalitetsregister innehåller information om finansieringsform. Det finns i dag 100 Nationella Kvalitetsregister. Eftersom det saknas detaljerad information om vilka vårdåtgärder som betalas via en sjukvårdsförsäkring, har utredningen inte haft möjlighet att närmare analysera vilka register som kan vara aktuella för att ha information om finansiering. I kapitel 5 beskrivs dock en viss fördelning av de försäkringsfinansierade insatserna. Exempelvis bedöms mer än en tredjedel av de försäkringsfinansierade insatserna ske inom ortopedi. Sammantaget anser utredningen att det bara är relevant att register med koppling till privatfinansiering innehåller information om finansieringsform.

Utredningen har också övervägt förslag för att underlätta införandet av uppgift om finansieringsform och för att framhålla vikten av att sådan uppgift införs. Utredningen har övervägt om staten, regionerna och SKR borde lyfta in frågan i den gemensamma nationella kvalitetsregistersatsningen med öronmärkta medel för denna satsning. Utredningen har även övervägt om Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att verka för att fler kvalitetsregister kompletteras med uppgift om finansieringsform i syfte att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Utredningen noterar att Socialdepartementet i en promemoria har lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och cancercentrum samt att promemorian är föremål för beredning i Regeringskansliet.¹²⁰

Utredningens rekommendation är att de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där det förekommer privatfinansierad vård innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningen lämnar således inte något förslag utan överlämnar till registerhållarna att bedöma i vilka fall det är relevant och i övrigt lämpligt att registret innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningens förhoppning är dock att detta betänkande ökar kunskapen om privata sjuk-

¹²⁰ Promemorian skickades ut på remiss 2020-12-03, dnr S2020/08974/FS.

vårdsförsäkringar och kan leda till en fortsatt kunskapsuppbyggnad. Med rekommendationen vill utredningen således uppmärksamma registerhållarna att överväga om finansieringsform ska införas som en uppgift i registren. Utredningen har stannat för att en särskild ekonomisk satsning inte är nödvändig i dagsläget.

Enligt 7 kap. 2 § patientdatalagen får en enskild person motsätta sig att registreras i ett kvalitetsregister. Utredningen har inte fått någon indikation på att fler personer skulle ha motsatt sig registrering i de register som i dag har finansieringsform som en variabel. Utredningen är heller inte av uppfattningen att finansieringsform är en sådan uppgift som generellt skulle minska viljan att vara med i ett kvalitetsregister.

Om finansieringsform införs i ett kvalitetsregister bör det i registret finnas möjlighet att registrera olika former av privatfinansiering, dvs. inte bara betalning med privata sjukvårdsförsäkringar utan även t.ex. kontant betalning.

13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas

Utredningens förslag: Arbetsgivaren ska till Skatteverket särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar, på individnivå, antingen i en arbetsgivardeklaration eller genom att lämna en kontrolluppgift. Arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen. Värdet ska sättas ned med det belopp som mottagaren själv har betalat för förmånen.

Skälen för utredningens förslag: Som redovisas i kapitel 5 är sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda räknas den som en förmån som ska beskattas. Förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar infördes den 1 juli 2018.

Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar redovisas i dag tillsammans med övriga förmåner i arbetsgivardeklarationen eller kontrolluppgiften. Ett sätt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter är att förmånen av privat sjukvårdsförsäkring, på individnivå, redovisas separat till Skatteverket dvs. inte

tillsammans med andra förmåner. På så sätt kan tillgången till analyserbara data rörande privata sjukvårdsförsäkringar öka.¹²¹

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle möjliggöra analyser av vilka personer som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring och av vilka arbetsgivare som tecknar sådana försäkringar. Analysen skulle kunna ske genom SCB:s Fördelningsanalytiska statistiksystem för inkomster och transfereringar (FASIT). FASIT är en mikrosimuleringsmodell som beräknar effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. FASIT kan även användas för att koppla samman information från SCB:s olika datakällor.¹²² FASIT utvecklades gemensamt av SCB och Finansdepartementet under senare delen av 1980-talet. Från och med början av 1990-talet hanteras drift och utveckling av modellen av SCB.

I FASIT finns redan i dag information om skattepliktiga förmåner i form av uppgifter från arbetsgivardeklaration på individnivå (AGI). Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen utan några omfattande förändringar av systemet. Genom att inkludera den särredovisade förmånen i FASIT, skulle det vara möjligt att koppla samman information om arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring med information som i övrigt finns i systemet. Det skulle möjliggöra analys av ålder, kön och geografi hos de försäkrade genom koppling till SCB:s individregister. Det skulle också vara möjligt att analysera exempelvis inkomster, branschtillhörighet och utbildningsnivå hos de försäkrade, eftersom FASIT också innehåller uppgifter från andra register, som t.ex. Inkomst- och taxeringsregistret och Utbildningsregistret. Det skulle således gå att få fram vilka socioekonomiska grupper i samhället som har tillgång till privat finansiering av sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar.

Det skulle också vara möjligt att simulera effekter på offentliga finanser till följd av regelförändringar. Ett exempel på en sådan simulering skulle kunna vara hur skatteintäkterna påverkas om andelen av försäkringspremien som är skattepliktig ökar eller minskar. Dynamiska effekter, så som beteendeförändringar till följd av änd-

¹²¹ Syftet med kontrolluppgifter och arbetsgivardeklarationer är att utgöra ledning för bestämmande av underlag för att bl.a. ta ut skatt, se 14 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) och prop. 2016/17:58, s. 29 f. Se även Utredningen om statistik över hushållens tillgångar och skulder (Fi 2021:02) som har till syfte att åter möjliggöra framställning av officiell statistik över hushållens tillgångar och skulder samt att mikrodata ska kunna göras tillgängliga för analys, forskning och utvärdering.

¹²² SCB, FASIT användarhandledning 2019.

rade regler, simuleras emellertid inte i FASIT, som är en statisk modell. Det är därför inte möjligt att prognosticera vilka effekter en reform skulle få. Däremot skulle det vara möjligt att följa upp beslutet när det väl har genomförts genom att analysera förändringar över tid.

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle också möjliggöra analyser av de företag som erbjuder sina anställda privat sjukvårdsförsäkring, exempelvis genom SCB:s Företagsregister och individdatabas, FRIDA. FRIDA är en mikrobaserad databas på totalnivå för företagsformerna aktiebolag, ekonomiska föreningar, enskilda näringsidkare, handelsbolag och övriga bolag. FRIDA innehåller också kopplingar mellan individer och vissa företagsformer, vilket gör att databasen kan användas för att studera relationen mellan ägarens inkomstsituation och verksamhetsbeslut i bolaget. I fråga om sjukvårdsförsäkringar är FRIDA dock i första hand intressant för att kunna koppla samman de kontrolluppgifter arbetsgivaren lämnar om förmån av sjukvårdsförsäkring med den kompletterande information FRIDA innehåller, exempelvis från Företagsdatabasen, FDB. Med en sådan koppling skulle det vara möjligt att analysera de arbetsgivare som tillhandahåller sjukvårdsförsäkring, exempelvis i fråga om totalt antal företag, antal företag i olika branscher, antal anställda per företag och geografisk lokalisering.

I dag ska bilförmån särredovisas.¹²³ Det har också tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst har särredovisats i skattedeklarationen till Skatteverket. Exempelvis gällde det under viss tid särredovisning av förmån av fri parkering. År 2004 infördes en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklARATIONER och kontrolluppgifter att om förmån av fri parkering hade getts ut, skulle det anges i kontrolluppgiften.¹²⁴ Särredovisningen av förmånen fri parkering upphörde år 2019.¹²⁵

Utredningen har utrett om det går att samla in informationen på annat sätt än via en särredovisning. SCB skickar t.ex. ut enkäter till företag. Utredningen har dock inte identifierat något annat sätt att kunna göra motsvarande de analyser som kan ske med FASIT och FRIDA. Dessutom finns redan i dag i FASIT information om

¹²³ För bakgrund till särredovisningen se prop. 1986/87:46 s. 10 f. och prop. 1996/97:19 s. 70.

¹²⁴ SFS 2004:284.

¹²⁵ SFS 2017:390.

skattepliktiga förmåner i form av kontrolluppgifter från arbetsgivare. Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar utan några omfattande förändringar av systemet. Utredningen föreslår därför att skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ändras på så sätt att arbetsgivaren blir skyldig att antingen i en arbetsgivardeklaration eller i en kontrolluppgift till Skatteverket särskilt ange om någon anställd har fått förmån av privat sjukvårdsförsäkring. I och med att regleringen i skatteförfarandeförordningen föreslås utformas på ett tydligt sätt krävs inte några förändringar i myndighetsföreskrifter. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och informationsmaterial m.m. om hur förmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård

Utredningens bedömning: Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas. En skyldighet för privata vårdgivare att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen bör regleras i avtalet med regionen. Regelverket bör inte ändras så att databasen ska innehålla uppgifter om den privatfinansierade vården.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har övervägt om den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR bör byggas ut eller justeras i syfte att öka kunskapen om hälso- och sjukvården och då framför allt det som är fokus för denna utredning, dvs. privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

En fråga som utredningen har undersökt är om den nationella väntetidsdatabasen ska byggas ut med ytterligare information. Utredningen har sett behov av att väntetider kan kopplas till patienten och till patientens medicinska behov. Som betonas flera gånger i detta betänkande är vårdgarantin underordnad bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen har resonerat kring möjligheten att komplettera väntetidsdatabasen med t.ex. personnummer i syfte att kunna följa patientens väntetider genom hela vården. Dessutom

behövs information om var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntan på vård har uppstått. En patient kan få vård hos olika vårdgivare, t.ex. kan en patient på grund av vårdgarantiavtal, remitterats vidare till en annan vårdgivare. Det är då viktigt att det går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna, och inte endast patientens samlade väntetid.

Möjligheten till samkörning av väntetidsdatabasen med t.ex. Socialstyrelsens patientregister eller IVO:s vårdgivarregister är också frågor som utredningen har undersökt.

En annan fråga som utredningen har övervägt är om det i författning ska införas en rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen.

Ytterligare en annan fråga som utredningen har utrett är om den nationella väntetidsdatabasen ska innehålla information om väntetider vad gäller den privatfinansierade vården. I dag finns bara uppgifter om den offentligfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

13.10.1 Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag

Väntetidsdatabasen utvecklades under tidigt 2000-tal och har successivt utvecklats vidare på olika sätt.¹²⁶ Databasen har utretts flera gånger och det har lämnats förslag på förbättringar.

Vård- och omsorgsanalys har konstaterat följande angående väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta källan till information om väntetider inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige. Den har kontinuerligt förbättrats, men det finns fortfarande kända begränsningar och brister. Det finns t.ex. exempel inte någon information om täckningsgraden när det gäller privata vårdgivare.¹²⁷

Vad gäller hos vilken eller vilka vårdgivare som väntan har uppstått, konstaterar Vård- och omsorgsanalys följande:

När en privat vårdgivare av någon anledning tar över en remiss från en annan vårdgivare, exempelvis för att regionen fördelar ut patienter till vissa privata vårdgivare som de har avtal med när de behöver förstärkning för att klara vårdgarantin har vi uppfattat att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen – om det

¹²⁶ Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16 f.

¹²⁷ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

är den tid som patienten väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv. Det innebär att det i sådana här situationer kan finnas privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivare själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen.”¹²⁸

Av utredningens kontakter med SKR har framkommit att databasen numera innehåller information om var väntan har uppstått. Detta gäller dock inte för äldre data i databasen vilket gör att det inte går att analysera sådan information över tid.

Det sker sedan oktober 2020 en implementering i väntetidsdatabasen av en ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården. Syftet är bl.a. att möjliggöra en bredare uppföljning av tillgängligheten än endast vårdgarantin.¹²⁹

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*¹³⁰ framgår att regionerna ska rapportera alla besök och väntetider i primärvården och i den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen har i december 2020 kommit med en delrapport kring uppföljning och analys av överenskommelsen 2020, som i huvudsak rör primärvården.¹³¹ Det finns dock vissa iakttagelser om primärvården som också kan ha bäring på specialistvården. Försäkringar förekommer framför allt inom den specialiserade öppenvården. Det anges t.ex. följande om inrapporteringsgraden.

Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik analyserat per verksamhetsform visar att det var 80 procent för primärvård i egen regi och 67 procent för primärvård i privat regi totalt sett som rapporterade in väntetider. En förklaring till den låga inrapporteringsgraden som nämns i intervjuerna är att de privata verksamheterna i mindre utsträckning har journalsystem som är integrerade med regionens väntetidsrapportering. Kraven som ställs i upphandlingar kan också skilja sig åt mellan regionerna.¹³²

¹²⁸ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

¹²⁹ Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16.

¹³⁰ Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. I juli 2021 beslutades om *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Denna tilläggsöverenskommelse kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 som beslutades av parterna i december 2020.

¹³¹ Socialstyrelsen 2020-12-7066.

¹³² Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 32.

Utredningen kan konstatera att liknande förutsättningar kring avtalsskrivningar och journalsystem som beskrivs i Socialstyrelsens rapport finns inom den specialiserade vården. De kontakter med regioner som utredningen haft visar att krav i regionernas avtal med privata vårdgivare om att använda regionens journalsystem, i högre utsträckning finns inom primärvården än inom den specialiserade vården.

I Socialstyrelsens rapport sammanställs myndighetens intervjuer med regionföreträdare och SKR. Där beskrivs vissa utmaningar kring träffsäkerheten av inrapporteringen.¹³³ Den utveckling som har skett beskrivs också, och det framgår att en hel del arbete har lagts ned på att förbättra inrapporteringen och korrektheten av de data som rapporteras. Socialstyrelsen sammanställer också de utmaningar och vägar framåt som myndigheten har identifierat.¹³⁴

Av Socialstyrelsens rapport framgår sammantaget att det pågår ett ständigt utvecklingsarbete med väntetidsdatabasen, och att utvecklingen mot mer och bättre inrapporterade data går framåt. Samtidigt finns stora luckor i inrapportering, framför allt hos privata vårdgivare.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i juni 2021 förslag som rör utveckling och förbättring av den nationella väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår att överenskommelsen mellan staten och SKR ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet och presentation av de uppgifter som rapporteras till väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regionerna ska redogöra för antalet privata vårdgivare som ingår i regionens utbud men som inte rapporterar till väntetidsdatabasen. Av denna redogörelse ska framgå information om den vård som de privata vårdgivarna bedriver. Vidare föreslås att överenskommelsen ska ange att regionerna ska samverka och bidra till en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.¹³⁵

Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet. Delegationen föreslår en granskningsgrupp med IVO, Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen samt Integritetsskydds-

¹³³ Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 33 ff.

¹³⁴ Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 38 ff.

¹³⁵ SOU 2021:59, s. 375.

myndigheten som deltagare.¹³⁶ Betänkandet är föremål för remiss-hantering.

Utredningen instämmer i Tillgänglighetsdelegationens och ovan beskrivna myndigheters förslag om att väntetidsdatabasen behöver utvecklas på flera sätt. Det är viktigt med en ökad kunskap om väntetider och dess påverkan på hälso- och sjukvården. 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. Utredningen menar att den av Tillgänglighetsdelegationen föreslagna granskningsgruppen skulle kunna undersöka en samkörning av väntetidsdatabasen med Socialstyrelsens patientregister och IVO:s vårdgivarregister.

13.10.2 Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård

Det är viktigt att väntetider avseende all offentligfinansierad vård oavsett vårdgivare verkligen rapporteras till väntetidsdatabasen. Det finns dock inte någon författningsreglerad skyldighet för de privata vårdgivarna att rapportera väntetider för den offentligfinansierade vården till väntetidsdatabasen. Utredningen har därför övervägt om en sådan författningsreglerad skyldighet bör införas.

Vidare har utredningen undersökt om det nationellt bör finnas uppgifter om väntetider för den privatfinansierade vården för att möjliggöra jämförelser med den offentligfinansierade vården och dra slutsatser om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården.

Väntetider till den privatfinansierade vården omfattas inte i dag av databasen, utan det är endast privat utförd och offentligt finansierad vård, som ska rapporteras (utöver den vård som regionen bedriver i egen regi). Förklaringen till det är att väntetidsdatabasen i stor utsträckning är uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och den tidigare s.k. kömiljarden, vilka inte gäller för den privatfinansierade vården.

Vidare är en förklaring att väntetidsdatabasen förs av SKR. Utredningen anser inte att den privatfinansierade vården och dess väntetider bör hanteras av SKR. SKR är en medlems- och arbetsgivarorga-

¹³⁶ SOU 2021:59, s. 379.

nisation för regionerna. Regionerna är inte huvudmän för den privatfinansierade vården. Det är därför inte lämpligt att de privata vårdgivarna ska rapportera uppgifter om den privatfinansierade vården till SKR.

I kapitel 13.4 föreslår utredningen att de privata vårdgivarnas rapporteringsskyldighet till väntetidsdatabasen ska anges i avtalet mellan regionen och vårdgivaren. Utredningen erfar att detta redan ibland anges i avtalen.

Utredningen vill dock betona behovet av en nationell, samlad information om väntetider för all hälso- och sjukvård, dvs. både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Denna fråga kan därför framöver, utifrån den kunskap och erfarenhet som finns då, behöva utredas ytterligare. Detta diskuteras närmare i kapitel 14.2. Utredningen välkomnar regeringens uppdrag i september 2021 till Socialstyrelsen om att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata med syfte att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.¹³⁷

Utredningen noterar även regeringens uppdrag i juni 2021 till Socialstyrelsen att kartlägga datamängder inom hälsodataområdet som kan anses vara av nationellt intresse. Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen fokusera på data som i dag inte finns tillgänglig på nationell nivå, men som kan vara av nationellt intresse.¹³⁸

13.11 Regionernas hantering av bisysslor

Utredningens rekommendation: SKR bör 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.

Skälen för utredningens rekommendation: Regionerna har som arbetsgivare ett ansvar enligt lag att ha en god kännedom om sina anställdas bisysslor och i vissa fall förbjuda dem. Som har konstaterats i kapitel 9 finns det flera utredningar som visar på en delvis bristande efterlevnad i regionerna av reglerna om bisysslor. I det kapitlet och i kapitel 11 beskrivs hur de offentliganställdas sidoupp-

¹³⁷ Regeringens beslut 2021-09-09, S2021/06332 (delvis).

¹³⁸ Regeringens beslut 2021-07-01, S2021/05369 (delvis).

drag hos privata vårdgivare kan påverka den offentliga vården. En bisyssla kan exempelvis vara så omfattande att den påverkar den anställdas förutsättningar att utföra sitt arbete för regionen på ett fullgott sätt. Det kan också handla om att bisysslan utförs hos ett företag vars verksamhet konkurrerar med regionens verksamhet. Det är därför viktigt att regionen i egenskap av arbetsgivare känner till de anställdas bisysslor men även förbjuder dem i de fall det är nödvändigt.

Det kan inte uteslutas att bristen på regelefterlevnad bidrar till de oklarheter som finns i diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar och om att t.ex. ”personer via en privat sjukvårdsförsäkring kan gå före i kön i den offentligt finansierade vården”. Det kan vara svårt att bedöma om den som utför vården gör det i sin roll som offentliganställd eller om det handlar om en uppgift som utförs som en bisyssla. Denna otydlighet kan leda till en misstro att regionanställda prioriterar intressen hos privata vårdgivare framför den offentliga arbetsgivaren. En god regelefterlevnad på området skulle således kunna vara ett sätt att stärka förtroendet för den offentliga sjukvården i Sverige.

Utredningen vill betona att det kan finnas många positiva aspekter av att offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid. Utredningen föreslår inte några förändringar av lagstiftningen eller kollektivavtalen kring bisysslor. Däremot ser utredningen ett behov av att redan existerande regler preciseras i stöddokument.

Utredningen instämmer med många av de slutsatser som Statskontoret har dragit i rapporten *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner* från 2019.¹³⁹ Utredningen delar t.ex. Statskontorets beskrivning att regioner efterfrågar en tydligare vägledning och stöd i bedömningen av om en bisyssla ska anses vara tillåten eller inte. Detta har också uttryckts i de kontakter som utredningen haft med regionerna. Det har också i kontakter med utredningen beskrivits en oro för att personal inte ska ha möjlighet arbeta både hos offentlig och privat vårdgivare.

¹³⁹ Statskontoret (2019).

Statskontoret föreslår i rapporten att Arbetsgivarverket och SKR ska bistå med fördjupad information och eventuellt stödmaterial riktat till myndigheter, kommuner och regioner. SKR har tagit fram stöddokument om bisysslor i form av cirkulär men de avser inte specifikt hälso- och sjukvårdssektorn.

Utredningen instämmer i Statskontorets förslag och bedömer att SKR är en lämplig aktör att ta fram riktlinjer om bisysslor som just riktar in sig på hälso- och sjukvården. Riktlinjerna skulle behöva innehålla exempel på när en bisyssla är tillåten, ge vägledning i hur bedömningen ska gå till samt i övrigt beskriva hur hanteringen av bisysslor inom hälso- och sjukvården ska hanteras. I arbetet med att ta fram sådana riktlinjer bör SKR ha ett nära arbete med relevanta aktörer, t.ex. yrkesförbund.

Vidare kan det behövas särskilda utbildningsinsatser för de personer som ansvarar för bedömningen av bisysslor inom hälso- och sjukvården i regionerna. Detta förslag är också i linje med Konkurrensverkets rekommendation i en rapport från 2020 om regionernas hantering av bisysslor.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Konkurrensverket 2020:4.

14 Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor

14.1 Uppföljning av utredningens förslag

Utredningens förslag: Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp och analysera utredningens förslag. Ett sådant uppdrag bör lämnas till myndigheten i närtid så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Skälen för utredningens förslag: Det är viktigt med information om vilka konsekvenser de nya reglerna och andra åtgärder som utredningen föreslår leder till. Sådan information kan ligga till grund för en diskussion om att vidta ytterligare åtgärder. Utredningens förslag behöver därför följas upp. En uppföljning kan även bidra med kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ett syfte med uppföljningen är att fördjupa kunskapen om tolkningen och tillämpningen av behovs-solidaritetsprincipen i förhållande till privata sjukvårdsförsäkringar utifrån utredningens förslag. Ett uppdrag om uppföljning kan beröra ytterligare områden varför det kan behöva formuleras brett och utifrån flera perspektiv. I det följande beskrivs de områden som utredningen har funnit särskilt värdefulla att följa upp.

I uppföljningen bör det beskrivas hur regionerna har använt sig av de nya avtalsvillkoren och vilken uppföljning av avtalen som har skett. En sådan undersökning skulle kunna utföras på liknande sätt som utredningens undersökning, dvs. i form av intervjuer och enkäter samt i form av genomgång och kartläggning av avtalen eller på andra sätt som bedöms lämpliga. Syftet är att följa upp hur regionerna har följt de nya reglerna. Särskilt intressant att beskriva kan

vara vilka slutsatser regionerna har dragit om hur de privata vårdgivarna följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde, när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges. Av intresse är här i vilken utsträckning det uppdrag som vårdgivaren ska utföra åt regionen påverkas av att vårdgivaren även utför vård som finansieras privat. Det kan även vara värdefullt att göra en analys av om det finns skillnader i regionernas uppföljning av avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, jämfört med avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, i likhet med vad som diskuteras i kapitel 11.2.2. Detta kan vara särskilt relevant att analysera om antalet LOV-avtal framöver ökar i omfattning och blir vanligare i fler regioner än vad som gäller i dag.

I uppföljningen bör det även ingå en beskrivning av vilken tillsyn som IVO har bedrivit utifrån de nya reglerna och vilka erfarenheter som kan dras av tillsynen. Intressant torde då vara frågan om hur vårdgivare följer de grundläggande principerna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) när dessa bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges.

Av uppföljningen bör det framgå hur IVO och regionerna har samarbetat i frågan om tillsyn respektive uppföljning av de privata vårdgivarna.

Uppföljningen kan också avse att över tid följa och analysera befolkningens och patienternas attityder till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad som påverkar viljan att teckna och utnyttja dessa samt om och hur det påverkar viljan att betala skatt, eller får andra konsekvenser för förtroendet för välfärdssamhället. För vidare resonemang om frågan, se kapitel 12.3.4. Kunskap från vårdpersonal kan inhämtas för att belysa vårdpersonals erfarenheter av privata sjukvårdsförsäkringar.

Uppföljningen bör omfatta konsekvenserna av de olika förslagen om ökad kunskap om privata försäkringar, dvs. förslagen om patientregistret, kvalitetsregistren och särredovisningen av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. I uppföljningen kan det beskrivas hur dessa nya uppgifter om finansieringsform har använts, t.ex. för vårdens kvalitetsuppföljning eller för forskning.

Förutom att beskriva hur andra aktörer har använt de nya uppgifterna kan det vara värdefullt om Vård- och omsorgsanalys gör egna analyser utifrån uppgifter från t.ex. patientregistret inklusive den nya uppgiften om finansieringsform. Utredningen vill betona Vård- och omsorgsanalys behov av stöd för behandling av personuppgifter vilket har lyfts i olika sammanhang.¹

Uppföljningen bör innehålla en analys av om det finns behov av ytterligare åtgärder i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider eller andra frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Det kommer att ta viss tid innan det finns tillräckligt med data för analys och tillräckligt med erfarenhet för en uppföljning av utredningens förslag. Det kan dock vara viktigt att påbörja analysen i närtid för att t.ex. kunna skapa tidsserier och en baslinje för jämförelser över tid.

Det är viktigt att en uppföljning och rapportering av resultat inte dröjer alltför lång tid. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är otillräckligt belysta och behovet av mer kunskap är stort. Det framgår också av internationella studier och forskning att negativa effekter av privata sjukvårdsförsäkringar kan förhindras om åtgärder vidtas i tid, när försäkringarna är av begränsad omfattning. När omfattningen har växt så mycket att försäkringarna påverkar sjukvårdssystemet blir det både politiskt och ekonomiskt svårare att begränsa dem.² Utredningen bedömer därför att ett uppdrag om uppföljning bör lämnas i närtid så att det finns möjlighet att tidigt starta och planera arbetet.

Utredningen bedömer att uppföljningen ska utföras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör samverka med och ta hänsyn till närliggande forskning på området.

¹ Se t.ex. SOU 2018:52.

² Se t.ex. European Observatory on Health Systems and Policies (2020) och beskrivning av den internationella utblicken i kapitel 10. Se även beskrivningen i 12.3.4 om den svenska välfärdsmodellens utmaningar.

14.2 Framtida utredningsfrågor

Utredningens bedömning: Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder för att öka kunskapen och kontrollen i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Det övergripande syftet med utredningens förslag är därför att säkerställa en god och patientsäker vård samt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan. Betänkandet kommer att kunna användas vid diskussioner och beslut på nationell och regional nivå.

Utifrån hur utredningens uppdrag är beskrivet och utifrån den kunskap som finns i dag har utredningen stannat för att de förslag som lämnas är de mest lämpliga och ändamålsenliga i dagsläget. Den ökade kontrollen och kunskapen kommer att göra att det finns betydligt mer och bättre beslutsunderlag om några år. Ökad kunskap kommer också uppnås genom den uppföljning av utredningens förslag som utredningen föreslår att Vård- och omsorgsanalys ska vidta, se kapitel 14.1.

Beroende på vad det nya kunskapsläget visar kan olika ytterligare åtgärder vidtas som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningens förslag som beskrivs i kapitel 13 ska således betraktas som ett första steg i frågan om reglering av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, och som kan följas av flera steg.

Utredningen har i betänkandet beskrivit att det saknas kunskap på olika områden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar därför flera förslag i kapitel 13 i syfte att öka kunskapen. Det kan framöver visa sig att det behövs ytterligare kartläggningar och analyser. Utredningen beskriver i det följande några områden som det i framtiden kan vara intressant att utreda utifrån ett behov av ytterligare kunskapsuppbyggnad (kapitel 14.2.1) utöver det som innefattas i det föreslagna uppföljningsuppdraget till Vård- och omsorgsanalys.

Utredningen lämnar i kapitel 13 flera förslag som leder till en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård. Beroende på vad ny kunskap och erfarenhet visar kan det framöver finnas ett behov av ytterligare kontroll. Utredningen beskriver några sådana regeländringar (kapitel 14.2.2).

Utredningen vill betona att den följande beskrivningen ska ses som exempel på framtida utredningsfrågor beroende på vad som framgår av ny kunskap och erfarenhet och alltså inte ses som konkreta förslag på förändringar. Det lämnas därför inte något förslag på vem som borde utföra de fördjupade analyserna som beskrivs. Det lämnas inte heller förslag kring kostnader eller andra konsekvenser som sådana utredningar skulle kunna vara förenade med. Några av de framtida utredningsfrågorna kan ligga inom ramen för ett myndighetsuppdrag. Andra frågor kan behandlas inom ramen för forskningsprojekt.

14.2.1 Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver i det följande exempel på åtgärder som ytterligare kan öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och som kan vara relevanta att utreda i framtiden.

Kunskap om framväxten av försäkringar

Som beskrivs i kapitel 5 har antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar ökat de senaste åren. Det är endast cirka 10 procent av de privata sjukvårdsförsäkringarna som tecknas som individuellt tecknade försäkringar. Omkring 90 procent av alla privata sjukvårdsförsäkringar som tecknades år 2018 var gruppförsäkringar och omkring 66 procent av dem tecknades av arbetsgivaren.

Det saknas i dag uppgifter om varför arbetsgivare, fackförbund och enskilda tecknar eller subventionerar privata sjukvårdsförsäkringar. Långa väntetider till den offentligfinansierade vården anges ofta som ett skäl.³ En faktor som lyftes i SOU 2001:57 var att nedskärningar inom den offentliga försäkringen har lett till ökat inslag

³ Kullberg et al. (2021), s. 3.

av privat försäkring.⁴ För att i framtiden kunna vidta ytterligare åtgärder kan det behövas ökad kunskap om vad som driver framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar.

En drivkraft som Vård- och omsorgsanalys lyfter är att arbetsgivarna har ett behov av att hälso- och sjukvården bidrar till färre och kortare sjukskrivningar genom förebyggande insatser, men även att de har behov av ”snabb tillgång till god vård”.⁵ Sjukfrånvaro och dålig hälsa bland de anställda utgör vanligen höga kostnader för arbetsgivaren.⁶ Samtidigt anförs i Vård- och omsorgsanalys rapport att kunskapen om de privata sjukvårdsförsäkringarnas effekt på sjukfrånvaron är begränsad och att orsakssambanden inte är klara.⁷ Efter som privata sjukvårdsförsäkringar till allra största del tecknas av arbetsgivarna är det enligt utredningen angeläget med ytterligare kunskap kring arbetsgivarnas motiv för att teckna försäkringar åt sina anställda. Utredningen har även erfarit att behovet av ytterligare kunskap om frågan har lyfts inom forskningen.

År 2018 infördes förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar och Skatteverket har i ett ställningstagande angett hur den skattepliktiga förmånen schablonmässigt ska beräknas. Det kan vara intressant att följa upp hur förändringen och den schablonmässiga beräkningen har påverkat antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar.

För att kunna analysera framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar kan det även vara intressant att följa eventuella förändringar i de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det kan handla om att försäkringarna i ökad utsträckning börjar erbjuda vård som efterfrågas men som den offentliga vården inte anser bör prioriteras eller har förutsättningar att erbjuda. En drivkraft skulle också kunna handla om det som i direktivet till utredningen beskrivs som att försäkringarna skulle leda till ”bättre vård”. Som beskrivs i kapitel 5 har utredningen inte kunnat finna exempel på sådana för-

⁴ SOU 2001:57, s. 13 och kapitel 2 (s. 72 ff.) samt kapitel 7 där det anges att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar anses kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera den grad av försäkring som efterfrågas (s. 363).

⁵ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.

⁶ Palme, M. (2017), s. 38. I rapporten nämns även att en privat sjukvårdsförsäkring för en arbetsgivare kan vara ett alternativ till att erbjuda företagshälsovård och att försäkringarna kan fungera som en förmån som arbetstagarna värdesätter.

⁷ Vård- och omsorgsanalys, 2020:3, s. 39.

säkringar i dagsläget utan de svenska försäkringarna är framför allt inriktade på att erbjuda vård med korta väntetider.⁸

Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige är främst inriktade på kortare väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet (s.k. supplementära försäkringar). I andra länder förekommer s.k. komplementära försäkringar som innehåller tjänster som inte erbjuds av det offentliga systemet. Att privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige innehåller ett relativt begränsat antal tjänster skulle kunna hänga samman med att den offentliga hälso- och sjukvården har ett omfattande utbud av tjänster.⁹ Komplementära inslag förekommer dock. Om de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna förändras och ökar anses det kunna leda till att försäkringarna blir mer attraktiva för både arbetsgivare och enskilda.¹⁰ Incitamentet för att teckna en försäkring skulle då vara ett annat än när det främst handlar om att få tillgång till korta väntetider till vården.

Beroende på vad som driver framväxten av försäkringar kan förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället påverkas.

Kunskap om undanträngning och annan påverkan

I kapitel 11 redogörs för privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. I kapitlet finns en redogörelse för begreppet undanträngning och hur mer fördjupade undersökningar om undanträngningar har gjorts inom vårdgarantin, det fria vårdvalet och cancervården. Som beskrivs i det kapitlet vet man i dag inte tillräckligt om undanträngning och annan påverkan som en konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan därför finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Det kan finnas flera frågor som behöver studeras empiriskt. Vidare kan det behövas tillgång till bättre data för att kunna genomföra olika former av undersökningar.

⁸ Se dock beskrivningen i kapitel 5.4.2 om en cancerförsäkring med delvis annat innehåll.

⁹ I Kullberg et al. (2021), s. 3 nämns, genom internationella exempel, att bristande kvalitet i den offentligfinansierade vården kan bidra till en ökad framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar.

¹⁰ Se resonemang i Kullberg et al. (2021).

Vård- och omsorgsanalys beskriver en situation med patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar ”kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar” och att det möjligtvis skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdköen”.¹¹ En liknande situation kan uppstå genom företagshälsovården. Det faktum att en person har tillgång till företagshälsovård skulle kunna göra att vissa vårdbehov upptäcks tidigare än vad som annars hade varit fallet. Ytterligare en situation som kan vara intressant att analysera är om försäkringar leder till att mer vård ges inom ramen för specialistvården, i stället för på en lägre mottagandenivå. Det kan således finnas fler situationer än korta väntetider som behöver analyseras utifrån bestämmelserna om en vård på lika villkor för hela befolkningen och etiska plattformen.¹²

Utredningen noterar att det pågår flera arbeten som kommer att bidra till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Riksrevisionen meddelade den 6 juli 2021 på sin hemsida att de förbereder en granskning av statens insatser för kortare väntetider i vården. Riksrevisionen skriver att ”trots omfattande statliga insatser fortsätter problemen med köer och långa väntetider i vården. Det finns också indikationer på att de insatser som har gjorts leder till oönskad undanträngning av patienter med stora vårdbehov. Riksrevisionen avser därför att granska statens styrning på området.” Denna granskning kan ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar då flera av frågeställningarna även har bäring på försäkringar.¹³ Det finns också pågående forskningsprojekt som kommer att ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de påverkar hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ytterligare uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall utredningens förslag framöver inte bedöms vara tillräckliga finns det andra sätt att få fram uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis kan ytterligare uppgifter behöva registreras

¹¹ Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.

¹² Se även kapitel 12.5 för den kritik som har riktats mot vårdgarantin, vårdvalet och digitala vårdtjänster.

¹³ www.riksrevisionen.se/nu-granskas/inledda-granskningar/statens-insatser-for-kortare-vantetider-i-varden.html.

i Socialstyrelsens patientregister så som uppgifter om väntetid i syfte att möjliggöra analyser av efterlevnaden av bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Ett annat sätt att öka kunskapen är att samla uppgifter om väntetider rörande all vård, inklusive den privatfinansierade vården i en nationell databas och då överväga att placera en sådan databas hos en myndighet.¹⁴

Den aktör som har bäst kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar torde vara försäkringsbolagen. Ett sätt att framöver öka kunskapen om försäkringar skulle vara att införa en rapporteringsskyldighet för försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen skulle t.ex. kunna åläggas en skyldighet att till en myndighet rapportera uppgifter på individnivå. Rapporteringsskyldigheten skulle kunna avse uppgifter om hur stor del av försäkringarna som utnyttjas, hur stor premien är samt i vilken utsträckning privata sjukvårdsförsäkringar erhålls t.ex. via fackförbund eller annat medlemskap.

En rapporteringsskyldighet skulle också kunna avse hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Som beskrivs i kapitel 7.3 bygger inte de belopp som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. I stället används en modell som utgår från premieinkomsterna och de uppgifterna kommer från Svensk Försäkring.

14.2.2 Mer kontroll i form av regeländringar

Utredningen lämnar flera förslag som kommer innebära en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar såsom förslaget om finansieringen av vården, regionernas nya avtalsvillkor och uppföljning samt IVO:s tillsyn. Utifrån ny kunskap och erfarenhet kan det om några år vara relevant att utreda andra förändringar i regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar. I det följande beskrivs några sådana exempel.

¹⁴ Regeringen har den 9 september 2021 givit Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla myndighetens insamling av väntetidsdata. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2022 och delredovisas senast den 15 mars 2022.

Finansieringen av hälso- och sjukvården

Som beskrivs på flera ställen i betänkandet, bl.a. kapitel 8 och kapitel 13, gäller bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för all vård. Det är således inte nödvändigt att ändra den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att genomföra utredningens förslag. Som framgår i kapitel 8 har dock olika myndigheter och organisationer framfört att det är svårt att tolka och tillämpa den etiska plattformen och pekat på behovet av en översyn. I och med att 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, innehåller den en stor grad av komplexitet.

När den etiska plattformen och de kompletterande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen togs fram avsåg de framför allt den offentligfinansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst. De avsåg inte den privatfinansierade vården. Då var också antalet privata vårdgivare liksom antalet privata sjukvårdsförsäkringar betydligt färre än i dag. Framtida översyner av den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan behöva ta hänsyn till förekomsten av privata vårdgivare och hur hälso- och sjukvården är finansierad.

Begränsningar och förbud av privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall det visar sig att syftet om en god och patientsäker vård inte kan uppnås med utredningens förslag, kan det vara lämpligt att utreda andra åtgärder för att kontrollera de privata sjukvårdsförsäkringarna. En väg är olika former av begränsningar eller förbud. Man kan t.ex., i likhet med den reglering som finns i Kanada, begränsa eller förbjuda supplementära sjukvårdsförsäkringar, eller på andra sätt begränsa vad försäkringarna får innehålla och erbjuda. T.ex. kan man förbjuda sjukvårdsförsäkringar som även innehåller andra vårdtjänster så som företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. Ett sådant förslag skulle innebära att försäkringsbolagen skulle behöva dela upp försäkringen i en sjukvårdsdel och en del som avser övriga tjänster. Ytterligare ett sätt är att förbjuda privata vårdgivare att bedriva både privatfinansierad och offentligfinansierad hälso- och sjukvård eller att begränsa under vilka för-

utsättningar sådan verksamhet skulle vara tillåten.¹⁵ Slutligen kan ett sätt vara att förbjuda en privat vårdgivare att ha olika väntetider för olika patienter beroende t.ex. på hur vården finansieras.

Förändringar i försäkringsrätten

Som beskrivs i kapitel 5 är det vissa grupper av befolkningen, bl.a. äldre, barn och personer med funktionsnedsättning, som kan ha svårare att teckna en privat sjukvårdsförsäkring än andra, och därmed inte kan välja att finansiera vården privat via en sådan.¹⁶

För individuellt tecknade sjukvårdsförsäkringar gäller så kallad kontraheringsplikt, dvs. ett förbud för försäkringsföretagen att neka någon att ingå en försäkring utan saklig grund. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran. Ett sådant skäl är om den som ska försäkras inte har ett fullgott hälsotillstånd.¹⁷ För gruppförsäkringar gäller inte någon kontraheringsplikt.

Utifrån ökad kunskap om förmånstagarna och deras sjukdomar eller funktionsnedsättningar m.m. kan det finnas intresse att se över hur kontraheringsplikten fungerar vad gäller de privata sjukvårdsförsäkringarna.¹⁸

¹⁵ Se liknande förslag från Valfärdsutredningen i SOU 2016:78, s 24 och 27 samt kapitel 10.6 om förbudet i Kanada mot "dual practice".

¹⁶ Se mer i kapitel 5.2 och 5.6.

¹⁷ Se SOU 2016:37, s. 59 ff. för en närmare beskrivning och vidare hänvisningar.

¹⁸ Utredningen om rätten till en personförsäkring lämnande i betänkandet SOU 2016:37 förslag om att stärka kontraheringsplikten och den enskildes ställning.

15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet med flera uppdragsgivare och som efter ikraftträdandet ska anmäla det till IVO:s vårdgivarregister, ska göra en sådan anmälan senast en månad efter ikraftträdandet.

Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande.

Utredningens bedömning: Förordningsändringarna ska träda i kraft så snart det är möjligt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Ett betänkande ska innehålla en bedömning av om särskild hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser.¹ I detta kapitel beskrivs utredningens överväganden vad gäller när författningsändringarna bör träda i kraft och behovet av övergångsbestämmelser. De informationsinsatser som behövs med anledning av förslagen beskrivs framför allt i kapitlet om konsekvensanalys.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga

¹ 15 a § kommittéförordningen (1998:1474) och 6 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar diskussionen. Lagförslagen syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård samt att bidra med kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och dess konsekvenser. Det framstår som angeläget att ändringarna kan träda i kraft så snart det är möjligt. Utredningen bedömer att det är lämpligt att lagändringarna, med hänsyn tagen till sedvanlig lagstiftningsprocess såsom remittering, beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling, träder i kraft den 1 januari 2023. Det ger även tid för berörda aktörer att förbereda sig. IVO, Socialstyrelsen, Skatteverket och Sveriges Kommuner och Regioner bör inom ramen för sina verksamheter verka för att informera om förändringarna.

Utredningen föreslår några förordningsändringar. Eftersom förordningar beslutas av regeringen går processen snabbare för förordningar än för lagar. Förordningsändringarna kan således träda i kraft tidigare än den 1 januari 2023. De flesta förordningsändringar kräver dock visst förberedelsearbete i form av tekniska förändringar men också i form av information till de aktörer som berörs av ändringarna.

15.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

De nya bestämmelserna om finansiering tar sikte på hur hälso- och sjukvården får finansieras. Det kan vara så att en vårdåtgärd påbörjas före ikraftträdandet och avslutas efter ikraftträdandet. Utredningen har därför övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser.

Förslaget om nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård utgör framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller, dvs. att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som utförs av annan på uppdrag av regionen, enbart får finansieras med offentliga medel och avgifter om inte något annat är reglerat. Utredningen anser därför inte att det är nödvändigt med en övergångsbestämmelse. Det kommer dessutom att finnas tid för vårdgivarna att, vid behov, förbereda sig inför ikraftträdandet utifrån de nya reglerna.

15.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

15.2.1 Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet

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.

Eftersom det är frågan om redan ingångna avtal bedömer utredningen att dessa avtal inte ska kompletteras med de nya villkoren. De nya bestämmelserna ska således inte gälla retroaktivt för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Överlämnad verksamhet ska således fortsatt kunna bedrivas utifrån vad som anges i avtalet. Av tydlighetsskäl anser utredningen att det ska anges att de nya bestämmelserna inte ska gälla för 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 lagen (2008:962) om valfrittssystem, 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. 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.

15.2.2 Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet

Utredningen anser inte att bestämmelserna om avtalsvillkor ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Utredningen har gjort följande överväganden om behovet av sådana övergångsbestämmelser.

Upphandlingsrättsligt är det inte tillåtet att ändra ett avtal (aningen ett befintligt avtal eller avtal som förlängs) hur som helst. När det gäller förlängning av avtal som tecknats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, 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 tecknats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Liknande situation, dvs. vad som ska gälla vid förlängning av avtal, har diskuterats i tidigare lagstiftningsarbeten. I prop. 2016/17:166, där det föreslogs att avtal skulle innehålla villkor om att inte åsidosätta principer i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreslogs att de nya bestämmelserna skulle gälla för avtal som förlängdes efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.

I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL inte gälla för sådana avtal om överlämnande av uppgifter som landstingen ingått före ikraftträdandet. Det saknas däremot skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett sådant tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen inte innebär att ett nytt avtal ingås. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i propositionen.²

I propositionen till den nya kommunallagen (prop. 2013/14:118) föreslogs däremot att äldre bestämmelser skulle gälla för avtal som ingåtts före ikraftträdande men som förlängs efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.³

Den föreslagna författningsändringen i KL avseende allmänhetens insyn i den av kommun eller landsting överlämnade verksamheten kräver övergångsbestämmelser. Detta för att hantera förekomsten av avtal som redan ingåtts av kommuner och landsting och som inte reglerar vilken information som de privata utförarna ska lämna till kommunerna respektive landstingen. Författningsändringen bör därför gälla för avtal om överlämnande av verksamhet som tecknas efter ikraftträdandet av författningsändringen, dvs. fr.o.m. den 1 januari 2015. Övergångsbestämmelsen bör också omfatta den situationen att ett avtal som ingåtts före den

² Prop. 2016/17:166, s. 30. Propositionen avstyrktes av riksdagen och ledde inte till några författningsändringar.

³ Prop. 2013/14:118, s. 86.

1 januari 2015 förlängs efter ikraftträdandet. Även i den situationen bör äldre bestämmelser gälla.

Utredningen anser 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. Det kan vara svårt för en upphandlande myndighet att avgöra vad som är tillåtet inom ramen för de upphandlingsrättsliga ändringsbestämmelserna. Utredningen har därför stannat vid att de nya bestämmelserna inte ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Om regionerna anser sig ha möjlighet att, i samband med förlängning av ett avtal, införa nya eller justera befintliga avtalsvillkor, finns det dock inget i övergångsbestämmelserna som hindrar dem att göra det.

15.2.3 Avtal som ingås efter ikraftträdandet

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

15.3 Förslaget om IVO:s vårdgivarregister

Vad gäller förslaget om IVO:s vårdgivarregister och att ändra i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) har IVO bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete.

Vid tidpunkten för ikraftträdandet kommer det finnas verksamheter som redan är anmälda men som behöver anmäla uppgifterna om flera uppdragsgivare och finansieringsform. Av 2 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas och att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet.

Utredningen har övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser så att de som vid ikraftträdandet sedan mer än en månad till-

baka har flera uppdragsgivare, får viss tid på sig att anmäla detta. De verksamheter som redan bedrivs vid ikraftträdandet bör ha en möjlighet att under en övergångsperiod anmäla uppgiften om flera uppdragsgivare till IVO efter det att förordningsändringen har trätt i kraft. Utredningen bedömer, i likhet med vad som gäller i övrigt för anmälningsförfarandet till IVO, att en månad är lämplig. En övergångsbestämmelse om detta föreslås därför.

15.4 Förslaget om ändring i IVO:s instruktion

Det behövs inte någon övergångsbestämmelse avseende ändringen i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

15.5 Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite

Eftersom utredningen förslag innebär att den straffrättsliga påföljden byts ut mot en administrativ sanktion, dvs. föreläggande med 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 skattelag anses analogivis tillämpligt beträffande straffliknande administrativa påföljder.⁴

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,

⁴ Prop. 1975/76:209, s. 258 ff.

dvs. den gäller även utanför brottsbalkens tillämpningsområde. Bestämmelsen ger uttryck för den lindrigaste lagens princip.⁵

Utredningens förslag innebär att sanktionen straff ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Föreläggande med vite torde anses lindrigare än straff. I enlighet med den lindrigaste lagens princip borde därför denna nya sanktion få genomslag bakåt i tiden.

Liknande situation har diskuterats i tidigare lagstiftningsärenden. I prop. 2007/08:107 *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område* föreslogs ändringar beträffande sanktionssystemet. Lagrådet anförde i sitt yttrande då att om avsikten med lagändringarna inte var ägnade att ändra synen på vad som var straffbart utan önskemålet i stället var att skapa en annan och mer effektiv sanktionsform, faller motiven för en tillämpning av den lindrigaste lagens princip bort.⁶ I prop. 2012/13:143 konstaterade regeringen att syftet med förslaget om införande av ett system med fler administrativa sanktionsavgifter på arbetstids- och arbetsmiljöområdet är, i likhet med sanktionssystemet på yrkesfiskets område, att effektivisera sanktionssystemet. Att bestämmelserna avkriminaliseras ska inte ses som ett uttryck för att överträdelserna ska bedömas lindrigare än tidigare. Regeringen ansåg därför i de två fallen att lindrigaste lagens princip inte gör sig särskilt starkt gällande i detta fall. Det fanns därför inte skäl att låta de föreslagna bestämmelserna få retroaktiv effekt. Äldre bestämmelser skulle därför tillämpas på överträdelser som skedde före den nya lagens ikraftträdande.⁷

Utredningen kan konstatera att IVO hittills inte har polisanmält någon vårdgivare som inte har följt bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret. Det förefaller därför osannolikt att IVO nu skulle börja polisanmäla beteendet. I enlighet med ovan beskriva resonemang bör dock de nya bestämmelserna inte gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande. De äldre bestämmelserna ska därför tillämpas för dessa överträdelser.

⁵ Prop. 1964:10, s. 99.

⁶ Prop. 2007/08:107, s. 47 f. Se även prop. 2017/18:165, s. 77.

⁷ Prop. 2012/13:143, s. 82.

15.6 Förslaget om patientregistret

Vad gäller förslaget om patientregistret och att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen har Socialstyrelsen bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete. Det behövs inte några övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är den vård som registreras efter ikraftträdandet som kommer att ha information om finansieringsform, inte den vård som registrerades före ikraftträdande.

15.7 Förslaget om särredovisning

Vad gäller förslaget om särredovisning har Skatteverket bedömt att ändringen bör var känd och helst beslutad åtminstone sex månader innan den ska tillämpas. Detta för att Skatteverket, och framför allt programvaruföretag, ska hinna anpassa datasystem och stöd så att arbetsgivarna ska kunna redovisa förmåner korrekt. Skatteverket behöver även tid för att hinna utforma olika typer av instruktioner och informationsinsatser om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

Utredningen anser därför att det inte finns något behov av övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är de förmåner som redovisas efter ikraftträdandet som kommer att vara särredovisade vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, inte de förmåner som redovisades före ikraftträdandet. Utredningen bedömer att det inte finns något behov av att införa någon övergångsbestämmelse avseende detta förslag.

16 Konsekvensanalys

I detta kapitel behandlas konsekvensbedömningar enligt kommittéförordningen (1998:1474) och utifrån vad som särskilt anges i utredningens direktiv om konsekvensbeskrivningar.

16.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar förslag i syfte att säkerställa en god och patient-säker vård i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vidare syftar förslagen till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på den offentligfinansierade vården. Utredningens förslag syftar även till att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården och möjliggöra tillgång till data om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna föreslås ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Alternativet att inte genomföra förslagen skulle innebära en fortsatt otydlighet 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.

Utredningen föreslår en utökad rapportering och anmälan till Socialstyrelsens patientregister respektive IVO:s vårdgivarregister samt särredovisning av förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar till Skatteverket. Sådana uppgifter behöver anges i författning. Alternativet att inte genomföra de förslagen skulle innebära att

det även fortsättningsvis skulle saknas uppgifter om finansieringsform för vården. Det skulle således alltså saknas information om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på hälso- och sjukvården. IVO skulle ha svårt att utöva sin tillsyn.

Utredningens förslag kan innebära en viss ökad administrativ börda och därmed ökade kostnader för regioner, vårdgivare och myndigheter. Utredningen bedömer emellertid att hälso- och sjukvården påverkas i positiv riktning då förslagen väntas leda till förbättrade förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård.

Behoven av reglering, dvs. vad utredningen vill uppnå med förslagen liksom vad som händer om reglering inte kommer till stånd, behandlas mer utförligt i kapitel 12 och 13.

16.2 Vilka berörs av utredningens förslag?

16.2.1 Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag

Hälso- och sjukvården är en angelägenhet för hela samhället varför många kan komma att beröras av utredningens förslag. Mer konkret kommer utredningens förslag att beröra patienter, regioner (i egenskap av såväl huvudmän som vårdgivare), privata vårdgivare, samt vissa statliga myndigheter så som IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. Dessutom kan försäkringsbolag komma att beröras.

Det finns 21 regioner som kan komma att påverkas av förslagen. Samtliga regioner kommer att i egenskap av vårdgivare beröras av utredningens förslag, vilket framgår nedan under rubrik 16.5.

Utredningens förslag såvitt gäller avtalsvillkor och avtalsuppföljning kommer att påverka regionerna i egenskap av huvudmän. Hur regionerna 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 har dock undersökt hur många avtal regionerna över huvud taget har med privata vårdgivare, dvs. oavsett om den privata vårdgivaren har andra uppdragsgivare vid sidan av regionen eller inte. Av den sammanställning som gjorts, utifrån en enkät till regionerna, rör det sig

om cirka 500 avtal inom ramen för LOU¹ och LOV² vardera (primärvården är exkluderad från denna sammanställning).³ Samtliga regioner har avtal med privata vårdgivare inom ramen för den öppna specialistvården, men omfattningen skiljer sig väldigt mycket åt mellan de olika regionerna. T.ex. 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. Detta är endast en nulägesbild,⁴ och hur många avtal regionerna har kan variera över tid. Av utredningens undersökning framgår inte hur många av avtalen som rör en situation där den privata vårdgivaren också har avtal med andra uppdragsgivare. Detta då det bara är vissa regioner som efterfrågar information om detta i dag. Flertalet gör det dock inte.

Utifrån den information som utredningen samlat in kan dock konstateras att samtliga regioner kan komma att beröras av utredningens förslag om avtalsvillkor och avtalsuppföljning, i egenskap av huvudmän. Hur mycket de berörs kommer se olika ut beroende på ett antal faktorer, vilket utvecklas i kapitel 16.5.2.

16.2.2 Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare

Utredningen har undersökt hur många privata vårdgivare det finns som kan komma att påverkas av förslagen. 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 SCB:s företagarregister finns 6 150 företag registrerade inom specialiserad öppen-vård. Samtliga privata vårdgivare skulle kunna påverkas av förslagen i mer eller mindre omfattning, då vissa förslag riktar sig mot samtliga vårdgivare och andra förslag riktar sig till en mer begränsad krets.

Förslaget om avtalsvillkor och avtalsuppföljning påverkar de vårdgivare som har avtal med regionerna, och samtidigt har andra uppdragsgivare, vilket utredningen har försökt undersöka hur många det

¹ Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

² Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

³ Dessa siffror är dock behäftade med en del osäkerheter, då vissa regioner inte har kunnat uppge exakta antal, och någon region inte heller har svarat. Primärvården har exkluderats mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.

⁴ Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sedan enkäten samlades in.

rör sig om. Denna undersökning kompliceras av flera faktorer. För det första saknas heltäckande data om privata vårdgivares avtal med det offentliga respektive försäkringsbolag (se vidare nedan). För det andra är sådana avtalsförhållanden snabbföränderliga – 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 så som 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 antalet juridiska personer som kan komma att omfattas är en utgångspunkt SCB:s företagsregister. I registret fanns, som nämnts ovan, i juni 2021 6 150 företag inom klassifikationen ”Specialiserad öppenvård”. I registret finns inga uppgifter om dessa företags avtal med privata aktörer, t.ex. försäkringsbolag, respektive offentliga aktörer, t.ex. regioner. Enligt utredningens bedömning är det dock betydligt färre privata vårdgivare som har uppdrag både för regioner och för försäkringsbolag. Nedan redogörs för utredningens försök att ändå få fram en uppgift om hur många privata vårdgivare utredningens förslag i denna del kan påverka.

I fråga om hur många bolag som har avtal med regioner kan SCB:s utförarregister ge viss ledning. För år 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. 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.⁵

En annan datakälla som undersökts av utredningen är uppgifter från Vårdföretagarna respektive Svensk Försäkring. Vårdföretagarna

⁵ Se mer i kapitel 5.4 om vilka vårdgivare som bedriver vård inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.

anger att de har 533 medlemmar inom branschområdet sjukvård. Vilka avtal dessa medlemmar har är dock inte någon information som Vårdföretagarna har tillgång till. På samma sätt saknar Svensk Försäkring information om vilka vårdgivare deras medlemmar har avtal med. Ett försäkringsbolag (Länsförsäkringar) har i dialog med IVO uppgett att de har avtal med cirka 350 vårdgivare.⁶

Om undersökningen i stället inriktas mot själva verksamheten (t.ex. en klinik eller en mottagning), snarare än den juridiska personen, kan delvis andra datakällor användas. Patientregistret, Vårdgivarregistret och SKR:s väntetidsdatabas kan alla användas för att identifiera verksamheter. Här saknas uppgifter om avtal, utom för SKR:s väntetidsdatabas. Eftersom väntetidsdatabasen inriktar sig på den offentligfinansierade vården, kommer de verksamheter som förekommer där också i förlängningen ha avtal med det offentliga. En alternativ källa är tjänsten *Boka doktorn*, som är en tjänst som ofta används för bokning av den försäkringsfinansierade vården. *Boka doktorn* uppger att de har 1 064 ansluta kliniker. En begränsning här är att det inte nödvändigtvis är så att alla kliniker som tar emot försäkringsfinansierade patienter är anslutna till tjänsten. Utifrån vad utredningen erfarit är dock detta ovanligt, eftersom de flesta försäkringsbolagen använder *Boka doktorn*. Uppgifter om huruvida dessa kliniker också tar emot offentligfinansierade patienter saknas dock.

Sammanfattningsvis kan 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. Vad som beskrivits ovan kan dock fungera som övre gränsvärden. Antalet juridiska personer är sannolikt inte fler än de 1 052 som förekommer i utförrregistret, dels eftersom olika regioner sannolikt har avtal med samma företag, dels för att alla privata utförare sannolikt inte har avtal med försäkringsbolag. Detta antal inkluderar såväl företag som idéburna aktörer.

Utredningen noterar följande angående idéburna aktörer. Det saknas en definition av idéburna aktörer. Utredningen om Idéburen välfärd i välfärden lämnade i december 2019 betänkandet Idéburen välfärd (SOU 2019:56). Den utredningen föreslog följande definition:

⁶ IVO förstudie (2020).

Med idéburen aktör inom offentligt finansierad välfärdverksamhet avses i denna lag en juridisk person som

1. inte är direkt eller indirekt ägd eller kontrollerad av staten, en kommun eller en region,
2. har ett syfte som är oegennyttigt,
3. bedriver eller har för avsikt att bedriva offentligt finansierad välfärdverksamhet, och
4. inte gör några värdeöverföringar till annan än registrerade idéburna aktörer eller till forskning.

Idéburna organisationer tillhandahåller en mängd olika tjänster inom social omsorg, på hälso- och sjukvårdsområdet samt inom utbildningsområdet. Även tjänster på arbetsmarknadsområdet och sådana som rör integration tillhandahålls av idéburna organisationer. Några av de största idéburna organisationer är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet och vissa driver såväl sjukhus som mottagningar, t.ex. sexualterapeutisk mottagning och mottagning för krigs- och tortyrskadade. Det finns en hel del organisationer som tillhandahåller olika typer av vård och verksamhet för personer med psykisk ohälsa och psykoterapi.⁷

I fråga om antalet verksamheter är antalet på motsvarande sätt sannolikt inte fler än de cirka 1 064 kliniker som är anslutna till tjänsten *Boka doktorn*. Även detta antal inkluderar andra verksamheter än de som drivs av företag, såsom t.ex. föreningar och stiftelser inom idéburen sektor, under förutsättning att dessa använder tjänsten *Boka doktorn*.

I *tabell 16.1* framgår vilka datakällor som utredningen undersökt i fråga om antal vårdgivare som berörs. För att kunna få fram ett antal behöver i vart fall alla tre kolumner till höger vara besvarade med ja. Därutöver behöver informationen gå att hänföra till antingen verksamhetsnivå eller juridisk person, vilket innebär att två källor med olika nivå är svåra att jämföra.

⁷ SOU 2019:56, s. 49.

Tabell 16.1 Information om vårdgivare, offentliga respektive privata avtal och tillgänglighet av datan

Datakälla	Information om vårdgivare och nivå	Information om offentliga avtal?	Information om privata avtal?	Tillgänglig?
Patientregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
Vårdgivarregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
SKR:s väntetids-databas	Verksamhetsnivå	Ja	Nej	Ja
SCB:s utförar-register	Juridisk person	Ja	Nej	Ja
Skatteverkets Företagsregister	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Vårdföretagarna	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Försäkringsbolagen	Verksamhetsnivå /juridisk person?	Nej	Ja	Nej
Boka doktorn	Verksamhetsnivå	Nej	Ja	Nej

16.3 Konsekvenser för enskilda

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är i princip oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Övergripande syften med förslagen är att säkerställa en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen så som principerna och 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. Förslagen bedöms därmed få positiva effekter för enskilda. Såväl för patienter med en privat sjukvårdsförsäkring som för patienter inom den offentligfinansierade vården innebär förslagen en ökad tydlighet avseende under vilka villkor den försäkringsfinansierade vården verkar och hur den förhåller sig till den offentligfinansierade vården.

När en region sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården fortsatt hade bedrivits i egen regi. 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 offentligfinan-

sierade vården inte påverkas negativt av den privata vårdgivarens övriga uppdrag. Förslagen syftar till att regionen ska kunna garantera detta genom avtal och att IVO genom tillsynen ska kunna säkerställa en regelefterlevnad. Utredningens förslag syftar till att ge regionerna och IVO bättre förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den vården respektive att kunna utöva sin tillsyn. En ökad kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kommer att gynna patienter och allmänheten i övrigt.

Utredningens förslag om riktlinjer för de offentliganställdas bissysslor kommer att skapa en tydlighet för allmänheten om vad som gäller när en offentliganställd har ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare.

Utredningen bedömer vidare att utredningens förslag kommer att leda till en ökad kunskap bland beslutsfattare, myndigheter, forskare och allmänhet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och även deras påverkan på den offentligfinansierade vården.

Utredningens förslag till uppföljning kommer att bidra till ytterligare kunskap och innebära att det finns en beredskap för att vidta ytterligare åtgärder om det behövs nödvändigt. En sådan beredskap kommer gynna patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag om ökad kunskap och kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan stärka befolkningens förtroende för och tillit till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

16.4 Konsekvenser för regioner

16.4.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Förslaget om att den offentliga vården endast får finansieras med offentliga medel är framför allt ett förtydligande av i dag gällande bestämmelser och hur det fungerar redan i dag. Förslaget torde därför inte innebära några ökade kostnader för regionerna.

16.4.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Utredningens förslag innebär att regionerna behöver skriva in nya avtalsvillkor i avtal med privata vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Regionerna kan behöva ta fram nya mallar och kanske justera

vissa rutiner. Detta skulle i viss utsträckning kunna medföra ökade kostnader och en ökad administrativ börda, i vart fall inledningsvis. Vad gäller avtalskrav och mallar bedöms detta arbete dock vara något av en engångsinsats, som sedan inte kommer att ta mer tid i anspråk än vad utformningen av upphandlingsdokument och avtal tar redan i dagsläget.

Förutom att justera arbetet med själva avtalsskrivandet kan regionerna behöva förändra sin uppföljning med anledning av de nya villkoren.

Regionen har i egenskap av huvudman ett ansvar för den offentliga finansierade vården även när vården utförs av en privat vårdgivare. Regionen har därför redan i dag en skyldighet att ställa särskilda avtalsvillkor och följa upp avtalen. Utredningen anser att flera regioner tagit ett för litet ansvar för detta jämfört med vad som redan i dag följer av lag. De förslag som lämnas avseende avtalen mellan regioner och privata vårdgivare innebär således inte utökade åtaganden för regionerna, utan ett förtydligande av vad som redan följer av kraven i kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men anpassat efter hälso- och sjukvårdsområdet, samt en ökad tydlighet kring vad som förväntas. De ökade kostnader som förslagen skulle kunna medföra för regionerna är därmed i huvudsak kostnader som regionerna, om de fullt ut tagit sitt ansvar som huvudmän, borde ha redan i dag. Om en region inte har följt upp avtal i tillräcklig utsträckning, eller arbetat med avtalsskrivning i tillräcklig utsträckning, utifrån de krav som ställs enligt lagtexten redan i dag bör det inte leda till att det betraktas som nya kostnader för regionerna. Den ekonomiska konsekvensen för regionerna med utredningens förslag torde vara försumbar då förslaget är närliggande befintliga kravformuleringar.⁸ Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig (jfr prop. 2013/14:118 genom vilken de nya kraven i kommunallagen infördes, som jämfört med utredningens förslag innebar ett ökat åtagande för regionerna).

Av de intervjuer som har hållits med regionföreträdare har framkommit att det ser mycket olika ut mellan regionerna i fråga om vilka krav man ställer och hur man arbetar med uppföljning. I de regioner där det finns få privata vårdgivare upplevs det från företrädare för

⁸ Se t.ex. de krav som framgår av bestämmelserna i 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725) samt de krav som följer av huvudmannaskapet enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

regionerna som huvudregel lättare att göra uppföljningar, då personerna som är inblandade i princip känner varandra, även om flera av dessa regioner också uttryckt att uppföljningen skulle kunna fungera bättre. Samtidigt har det av några av dessa företrädare framkommit en oro för att gå miste om privata vårdgivare om det ställs för höga krav i avtalen. Av företrädare för de regioner som har många avtal med privata utförare har det generellt sett framförts mer skepsis till en ökad uppföljning, då man upplever att tillräcklig tid inte finns för detta. Å andra sidan har dessa regioner mer utarbetade avtalsmallar och rutiner för kravställning. Att olikheter finns mellan regionerna när det gäller uppföljning av avtal m.m. har även konstaterats av tidigare utredningar, t.ex. *Privata utförare – kontroll och insyn* (SOU 2013:53).

Utredningen bedömer sammantaget att förslagen inte borde medföra mer än marginellt ökade kostnader för de regioner som i dag har en fungerande process för upphandling och uppföljning.

16.4.3 Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Utredningens förslag innebär att alla vårdgivare, dvs. både regionerna när de bedriver vård i egen regi, och således är vårdgivare, och de privata vårdgivarna, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister.

Regionerna behöver justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen. Det förutsätter it-kostnader, t.ex. anpassning av datasystem och kostnader för administration för själva rapporteringen. Uppgiften om finansieringsform för vården finns redan i dag och utredningen bedömer inte att den kommer att behöva bearbetas innan den ska föras över till Socialstyrelsen. Utifrån vad som framkommit i kontakter med utredningen finns uppgiften om finansieringsform ofta i vårdgivarernas faktureringsystem. Här förefaller dock regionerna organiserat det på olika sätt. Flera regioner har olika it-system, och vissa regioner har också i kontakter med utredningen nämnt att de är på väg att införa nya system.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata beskrivit kostnader för de förslagen. I rapporten anges att endast ett fåtal regioner kan ge ett uppskattat belopp, men i de fall det görs, rör

det sig om cirka 100 000–400 000 kronor avseende it-kostnader.⁹ Utredningen bedömer att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning.

Socialstyrelsen har även i samma rapport kartlagt regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva vad gäller själva rapporteringen. Socialstyrelsen skriver att en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården kan innebära en förändrad resursåtgång bemanningsmässigt och att det beror på hur regionen byggt upp rapporteringsskyldigheten, exempelvis om det är vårdpersonalen eller administrativ personal som rapporterar.¹⁰

Utredningen menar att såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. Socialstyrelsen kommer att reglera detta närmare i sina föreskrifter. Det är viktigt att Socialstyrelsen strävar efter en så enkel rapportering som möjligt. Regeringskansliet bereder för närvarande förslaget om att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. Utredningen bedömer det som lämpligt att det arbetet även omfattar utredningens förslag i syfte att förenkla arbetet och minimera kostnaderna.

Sammantaget bedömer utredningen att det är svårt att göra en exakt uppskattning av de kostnader som förslaget medför för regionerna. Om ändringen kan genomföras i samband med kompletteringen av primärvårdsdata torde flera effektivitetsvinster kunna uppnås, varför det endast rör sig om marginella kostnader. I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det vidare anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna. Under förutsättning att rapporteringen kan ske automatiserat när systemen är anpassade torde inte heller några större kostnader uppstå för regionerna avseende själva inrapporteringen av uppgifterna.

16.4.4 Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad, och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksam-

⁹ Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.

¹⁰ Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.

heterna i sådana fall är finansierade. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som regionen bedriver i egen regi är offentligfinansierad. Det förekommer även finansiering på annat sätt, t.ex. tjänsteexport samt andra former där patienten betalar helt eller delvis själv och som brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.¹¹

Vidare har regionerna sällan flera uppdragsgivare inom egen regi, och inte heller förändras uppdragsgivarna för den vård som bedrivs av regionen i egen regi över tid på samma sätt som det kan göra för privata vårdgivare. För regionerna rör det sig främst om vård som utförs åt andra regioner och i förekommande fall tjänsteexport. Kostnaderna för denna rapportering borde därför för regionerna bli tämligen marginell.

16.4.5 Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Detta förslag påverkar alla vårdgivare. Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som vårdgivarna kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

¹¹ För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 och redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.

16.5 Konsekvenser för företag m.m.

De företag som framför allt påverkas av utredningens förslag är privata vårdgivare. Förslagen kan även få effekter för de försäkringsbolag som erbjuder försäkringar. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. I det följande beskrivs de olika företag som kan påverkas av förslagen.

16.5.1 Privata vårdgivare

Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvård

Förslaget om hur hälso- och sjukvården finansieras riktas till regionerna och utredningen bedömer att de privata vårdgivarna inte påverkas av det. Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivare som bedriver vård utan avtal med regionen, och inte heller de privata vårdgivarnas (som bedriver vård på uppdrag av regionen) eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. För det fall en patient vill finansiera t.ex. ett ingrepp genom att själv bekosta en bättre lins i samband med en kataraktoperation, kommer den delen (dvs. den linsen) inte att omfattas av den vård som regionen lämnat över. Detta kommer således med utredningens förslag alltså att vara möjligt. Detsamma gäller andra former av patienters finansiering, eftersom det bara är den vård som finansieras med offentliga medel (och patientavgifter) som de facto är vad som lämnats över från regionen till den privata vårdgivaren.

Eftersom förslagen syftar till att skapa en tydlighet och bidra till rättssäkra och tydliga regler borde det innebära positiva konsekvenser för företagen.

Förslaget om nya avtalsvillkor

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.

I likhet med vad som skrivs ovan om konsekvenser för regionerna innebär förslagen 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 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 behöva anpassas till avtalssituationen, 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)¹². Detta arbete kommer i första hand att ligga på regionerna, som utformar upphandlingsdokumenten. Utredningen ser framför sig att regionerna kommer att ta fram mallar och samarbeta så att arbetet med de nya avtalsvillkoren och den tillhörande uppföljningen blir så enkel och smidig som möjligt för vårdgivarna. Av intervjuer med olika vårdgivare har framkommit att de som huvudregel ställer sig positiva till att regionerna tar sitt ansvar som huvudmän och ställer krav på insyn och leverans. Även om viss ökad arbetsbörda kan uppstå i och med avtalsskrivningen och framför allt i samband med uppföljningen bedömer utredningen att de kostnader som detta medför är tämligen marginella.

Utredningen bedömer inte att förslagen kommer att leda till att de privata vårdgivarnas förutsättningar att ta emot patienter med en privat sjukvårdsförsäkring kommer att inskränkas. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Så länge vårdgivaren följer avtalet och regelverken innebär förslagen inte någon

¹² Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

förändring. I annat fall kan vårdgivaren behöva göra omorganisationer och visa för regionen hur de säkerställer att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas negativt av vårdgivarens övriga verksamhet.

Förslaget om att vårdgivare ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Alla vårdgivare ska rapportera uppgiften om finansieringsform oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I likhet med vad som beskrivs ovan om regionerna behöver de privata vårdgivarna justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata gjort ett försök att beskriva kostnader för de förslagen, även vad avser vårdgivare (primärvårdsverksamheter). Ökade kostnader förväntas främst uppstå inom den del av verksamheten som berör administrationen. Närmare hälften av de tillfrågade vårdcentralerna har uppgett att de inte kan ange vilken typ av kostnader ett framtida krav på uppgiftslämnande kommer att innebära för dem.¹³ Socialstyrelsen har också haft kontakt med en utövare inom den s.k. nationella taxan, som uppgett att om en framtida uppgiftsskyldighet medför stora kostnader kan det innebära en marknadsmässig nackdel för verksamma inom taxan. Den utövaren befarar dock inte att omkostnader skulle bli så pass omfattande för enskilda utövare att man inte skulle ha råd att bedriva sin verksamhet.¹⁴

Utredningen bedömer, som nämnts ovan, att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning än att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. En uppskattning av resursåtgång är dock svår att göra. Såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. I likhet med vad som anges för regionerna är det lämpligt att utredningens förslag tas samtidigt som förslaget om att bygga ut patientregistret med primärvårdsdata i syfte att minimera kostnader.

¹³ Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.

¹⁴ Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.

I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna.

Förslaget om att vårdgivare ska anmäla uppgifter till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade. Detta riktar sig till samtliga vårdgivare, oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som privata vårdgivare bedriver är på uppdrag av regionen och således offentligfinansierad. Det förekommer även privatfinansiering, t.ex. via privata sjukvårdsförsäkringar, eller kontantbetalningar.

För privata vårdgivare kommer förslaget sannolikt att innebära mer rapportering än för regionerna, då privata vårdgivare oftare har flera uppdragsgivare. Hur mycket rapportering som kommer krävas kommer dock variera från vårdgivare till vårdgivare, beroende på organisation och avtal. Rapportering kommer att behöva ske vid fler tillfällen än tidigare, då en förändring avseende uppdragsgivare kommer att leda till ett behov av rapportering. Viss ökad arbetsbörda kommer därför uppstå för de privata vårdgivarna.

Tidsåtgången per anmälan bör i normalfallet vara liten då vårdgivarna har kunskap om sina uppdragsgivare och enkelt kan få fram den informationen. Valfärdsutredningen har uppskattat resursåtgången för en utökad anmälan till omsorgsregistret, som kan ge ledning gällande föreliggande förslag. Valfärdsutredningen bedömde då att ändringsanmälan i snitt inte kommer kräva mer än 30 minuters arbetsinsats per ändring och kunde genomföras av en ekonomiassi-

stent eller motsvarande.¹⁵ Under förutsättning att detta utvecklingsarbete kommer på plats borde den totala tidsåtgången för en anmälan till vårdgivarregistret bli betydligt lägre än för en anmälan till omsorgsregistret.

IVO har ett pågående utvecklingsarbete i syfte att underlätta anmälan till vårdgivarregistret. IVO bör i samband med framtagandet av den nya anmälningsblanketten och revidering av föreskriften, utforma anmälningsskyldighet på ett så enkelt sätt som möjligt för de som ska anmäla. Som beskrivs i kapitel 13.6 bör det överlämnas till IVO att i detalj avgöra hur anmälningsskyldigheten ska gå till. Anmälan bör avse verksamhet på övergripande nivå, t.ex. att vårdgivaren tar emot privatfinansierade patienter rent allmänt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen.

Sammantaget bedömer utredningen därför kostnaderna som små. Vidare innebär nyttan med rapportering till vårdgivarregistret, t.ex. i form av signalsystem för IVO och för regionernas skull när de gör utdrag från registret, att viss ökad börda får anses acceptabel.

Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Möjligheten att meddela vitesförelägganden gäller för all anmälan till vårdgivarregistret.

Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som de kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

¹⁵ SOU 2017:38, s. 262.

Särskilt om små företag

Utredningens förslag innebär, som konstaterats ovan, generellt en viss ökad administrativ börda. För en mindre vårdgivare kan ökad administration ha en större påverkan på verksamheten än vad det har för en större vårdgivare. Detta eftersom tidsåtgång för inrapportering i register m.m. sannolikt inte kommer att skilja sig nämnvärt åt och resurserna för administration är mindre hos de små vårdgivarna. Små privata aktörer kan också ha sämre förutsättningar för obligatorisk rapportering av uppgifter, då kostnader för anpassning eller byte av journalsystem kan bli höga i förhållande till verksamhetens storlek. Utredningens bedömning är dock att den ökade administrativa bördan ändå är så pass begränsad att också konsekvenserna får anses vara begränsade. Vid ett framtida föreskriftsarbete behöver Socialstyrelsen och IVO undersöka hur privata aktörers arbetsförutsättningar, konkurrensförhållanden och andra villkor kan påverkas av förändringarna.

16.5.2 Försäkringsbolagen

Det finns inte något komplett register över försäkringsbolag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar. Antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar varierar dessutom över tid. År 2013 fanns enligt Sagan och Thomson 17 aktörer som sålde privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige.¹⁶ I dagsläget säljer omkring 14 försäkringsbolag sjukvårdsförsäkringar.¹⁷ Baserat på Svensk Försäkrings branschstatistik över skadeförsäkringsföretagens premieinkomster för sjuk- och olycksfallsförsäkringar och privata sjukvårdsförsäkringar 2016, bedömdes de fem största aktörerna (Folksam, Länsförsäkringar, If, TryggHansa och Skandia) stå för minst 90 procent av premieintäkterna från privata sjukvårdsförsäkringar.¹⁸ Kullberg et al. har i en studie från 2019 över bl.a. vad som ingår i privata sjukvårdsförsäkringar fokuserat på sju bolag (Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia If, EuroAccident och SEB), då de sju uppges vara de största aktörerna inom privat sjukvårdsförsäkring.¹⁹ Därut-

¹⁶ European Observatory on Health Systems and Policies (2016).

¹⁷ Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-10.

¹⁸ Svensk Försäkrings branschstatistik, nr 1/2017 – 4:e kvartalet 2016.

¹⁹ Kullberg et al. (2019), s. 739.

över finns det vissa bolag som nämns i andra jämförelser, t.ex. Moderna och Handelsbanken.²⁰

Utredningen kan med hjälp av dessa uppgifter inte göra en komplett sammanställning över hur många försäkringsbolag som kan beröras av förslagen, eftersom det kan variera över tid. I dagsläget är det dock 14 bolag och det är inte troligt att det blir en allt för stor förändring av det antalet.

Som beskrivs ovan bedömer inte utredningen att förslagen behöver leda till att de privata vårdgivarna måste ta emot färre patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. För de privata vårdgivarna som redan säkerställer detta blir det inte någon förändring utan vårdgivarna kan fortsätta ta emot privatfinansierade patienter på samma sätt som tidigare. Utredningen ser därför inte framför sig att förslagen kommer att påverka förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar, vare sig mängden försäkringar som tecknas eller som utnyttjas.

Utredningen beskriver i betänkandet att för det fall försäkringsbolagen bedriver hälso- och sjukvård behöver de anmäla detta till IVO. Anmälningsskyldigheten till IVO gäller sedan tidigare och utredningen lämnar inte några nya förslag om vilka som ska anmäla till vårdgivarregistret.

Utredningens bedömning är därför sammantaget att försäkringsbolagen inte kommer att påverkas av utredningens förslag.

16.5.3 Arbetsgivare

Antalet berörda arbetsgivare

Det saknas uppgifter om vilka arbetsgivare som i dag erbjuder privat sjukvårdsförsäkring. Detta gör att det inte är möjligt att säga exakt hur många arbetsgivare som i nuläget påverkas av förslagen. Dessutom har antalet arbetsgivare som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar kontinuerligt ökat. Utredningen ser inte heller någon tendens till en minskning av antalet företag som tecknar en sjukvårdsförsäkring för sina anställda (om än en viss utplaning har skett under de senaste åren, se mer i kapitel 5). Det är dock möjligt att göra vissa

²⁰ Se Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring.

förenklade, grova uppskattningar av antalet arbetsgivare som erbjuder privat försäkring.

I en undersökning gjord av Företagarna anger 11 procent av deras medlemmar att de har en sjukvårdsförsäkring för sina anställda.²¹ Enligt data från SCB/Ekonomifakta fanns år 2020 cirka 285 000 privata företag med minst en anställd.²² 11 procent motsvarar cirka 31 000 företag. Dessa uppgifter är som beskrivits ovan osäkra. Beräkningarna bygger på antal företag – det kan vara så att även andra arbetsgivare än företag erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har Företagarna cirka 60 000 medlemmar, och representerar således en betydande del men långt ifrån alla företag.²³ De företag som är medlemmar är i första hand mindre företag, som i större utsträckning har privata sjukvårdsförsäkringar för anställda än större företag har. Av en rapport från 2017, som bygger på data från 2015, framgår nämligen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt arbetar på mindre företag än befolkningen i allmänhet.²⁴ Uppgifterna utgår dock från individer som är försäkrade, och inte från företag som erbjuder försäkring.

Av nämnda rapport framgår att de som har en privat sjukvårdsförsäkring, oavsett form av försäkring, arbetar på företag med ett medeltal om 259,2 anställda och ett mediantal om 25 anställda (att jämföra med arbetsgivare totalt där motsvarande siffror är 453,8 respektive 47). Vad gäller arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar är dessa än vanligare på mindre företag.²⁵

Även företag utan anställda kan påverkas, genom att enmansföretagare betalar försäkring via sitt företag. Närmare 500 000 personer i Sverige är företagare.²⁶ Den exakta andelen är svår att bedöma. Om andelen företagare med försäkring motsvarar vad som gäller för anställda skulle cirka 55 000 egenföretagare ha privat sjukvårdsförsäkring. I praktiken är detta antal sannolikt högre, eftersom närmare två tredjedelar av de svarande i Företagarnas undersökning anger att de har en försäkring för sig själva. En så hög andel skulle innebära att nära hälften av alla privata sjukvårdsförsäkringar tecknades av egen-

²¹ Företagarna (2021). Utredningen saknar dock uppgifter om huruvida samtliga eller endast delar av arbetstagarna erbjuds försäkring av företagen.

²² www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.

²³ www.foretagarna.se/om-foretagarna.

²⁴ Palme, M. (2017).

²⁵ Palme, M. (2017), s. 24 f.

²⁶ www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Foretagare.

företagare. Andelen sjukvårdsförsäkrade kan dock vara överrepresenterade bland Företagarnas medlemmar.

Med hjälp av ovanstående information kan man dra slutsatsen att antalet företag med minst en anställd som berörs i vart fall inte borde överstiga 31 000, men att det sannolikt är ett lägre antal än så som berörs. Utredningen vill betona att detta är en uppskattning som är behäftad med mycket osäkerhet. Vad gäller antalet företag utan anställda som berörs är det mycket svårt att dra några slutsatser på grund av den osäkra datatillgången.

Förslaget om särredovisning av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar

Utredningen föreslår att arbetsgivare ska särredovisa uppgift om förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. Detta kommer att leda till administrativa kostnader för arbetsgivarna. Storleken på dessa kostnader beror på vilka administrativa rutiner som behöver utföras. Detta varierar i sin tur med vem som utför de administrativa rutinerna och hur rutinerna för att hantera förmåner ser ut i dag.

I samband med att förmånsbeskattning för privat finansierad hälso- och sjukvård infördes resonerades det i förarbetena om kostnaden för att redovisa en förmån.²⁷ Dessa siffror ger dock endast ledning för frågan att över huvud taget redovisa en förmån, vilket ju arbetsgivare gör redan i dag. Att särredovisa nämnda förmån torde endast innebära en marginell ökning av den administrativa bördan och kostnaderna för rapporteringen. Sammantaget bedömer därför utredningen att det inte innebär mer än marginellt ökad arbetsbörda för företagen. Givet de fördelar som kommer med insamlingen av denna uppgift, framför allt möjligheten att samköra dessa uppgifter i FASIT och FRIDA (se mer i kapitel 13.9), bedömer utredningen att en marginellt ökad arbetsbörda är rimlig och acceptabel för företagen.

Övriga förslag

Som beskrivs i kapitel 5 är det sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivaren. I likhet med vad som beskrivs ovan bedömer inte utredningens förslag att förekomsten av privata

²⁷ Prop. 2017/18:131 s. 43 ff.

sjukvårdsförsäkringar behöver minska, så länge som de inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Övriga förslag bedöms därför inte leda till några konsekvenser för arbetsgivarna.

16.5.4 Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårdsförsäkring

Som konstaterats ovan bedömer utredningen att förslagen inte behöver leda till att efterfrågan på eller tecknandet av privata sjukvårdsförsäkringar påverkas. De fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring bedöms därför inte påverkas av utredningens förslag.

16.6 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens förslag påverkar Socialstyrelsen, IVO och Skatteverket. Även domstolar och SCB kan komma att påverkas.

16.6.1 Socialstyrelsen

Förslaget om att införa uppgiften om finansieringsform i Socialstyrelsens patientregister kräver resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. I detta ligger även informationsinsatser om förändringarna. Det behövs information om rapporteringen beträffande syftet och nyttan med insamlingen av uppgiften om finansieringsform. Socialstyrelsen kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av exempelvis utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Avseende de tekniska förändringarna handlar det om registerutveckling, utveckling av tekniska lösningar för exempelvis rapportering och mottagande av uppgifter, samt utökade resurser för underhåll och förvaltning av det aktuella registret. Ett utökat patientregister kan även medföra en högre efterfrågan på analyser och statistik och även leda till en ökad efterfrågan på utlämnande.²⁸

²⁸ Jfr förslaget i Socialstyrelsen 2021-2-7223.

I kontakt med utredningen har Socialstyrelsen uppgett att kostnaderna beror på om förslaget om att införa primärvården i registret kommer att genomföras och om de båda förändringarna då kan ske samtidigt. I sådana fall blir kostnaderna mindre. I annat fall uppstår kostnaderna för utvecklingsarbete och föreskriftsarbete till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor.

Anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg) får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Anslaget får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa.

Inom detta anslag hanteras de frågor som är föremål för denna utrednings förslag. Utredningen föreslår därför att resursförstärkningen till Socialstyrelsen finansieras inom ramen för anslag 1:6.

16.6.2 IVO

Anmälan till vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att anmälningsskyldigheten till IVO ska ökas och att vårdgivarregistret ska innehålla de uppgifter som anmäls. Det krävs resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. Dessutom behövs informationsinsatser om förändringarna. IVO kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av t.ex. utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Det pågår för närvarande ett internt utvecklingsarbete hos IVO med att vidareutveckla och förbättra vårdgivarregistret. Bland annat byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen. Utredningens förslag passar väl in i detta utvecklingsarbete. Utredningens förslag om vårdgivarregister torde därför inte utgöra en så stor del av IVO:s

totala kostnader för att bygga ut vårdgivarregistret. IVO har till utredningen bedömt att kostnaderna kan komma att uppgå till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor. I likhet med vad som anges ovan om finansieringen av Socialstyrelsens utbyggnad av patientregistret, föreslår utredningen att resursförstärkningen till IVO finansieras inom ramen för anslag 1:6.

Övriga förslag

Utredningen 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 inte hittills använt sig av nuvarande sanktion, dvs. polis-anmälan. Ett förfarande med föreläggande och vite kommer dock bli lättare för IVO att tillämpa. Utredningen bedömer att förändringen främst kommer att ha en preventiv verkan. De flesta anmälningarna till registret kommer 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 leda till visst merarbete för IVO. Det kan även leda till överklaganden av beslut.

Utredningen anser att det är viktigt att IVO fortsätter sitt utvecklingsarbete med att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård och att det i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska anges att IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte. IVO har redan i uppdrag att bedriva tillsynen i förebyggande syfte och förslaget syftar till att betona och tydliggöra detta. Förslaget medför därför inte några ytterligare kostnader för IVO.

16.6.3 Skatteverket

Förslaget om att arbetsgivaren ska särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar kommer att medföra ökade kostnader för Skatteverket i form av en engångskostnad för att anpassa datasystem m.m. för hantering av förändringarna av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Skatteverket har bedömt att det inte krävs att

verket tar fram ytterligare föreskrifter på området. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och information om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationen och kontrolluppgifterna.

Skatteverket bedömer att kostnader för dessa förändringar uppgår totalt till två miljoner kronor, vilket avser kostnader både för anpassningar av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Utöver det tillkommer kostnader för Skatteverket för årliga uppdateringar. De ökade kostnaderna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.4 Domstolar

Utredningen bedömer att förslagen om nya avtalsvillkor inte torde leda till fler överklaganden av beslut om upphandlingar eller överklaganden (laglighetsprövning) enligt 13 kap. kommunallagen (2017:725).

Förslaget om att ge IVO möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite kommer att kunna medföra ökad arbetsbörda för Sveriges domstolar. Förelägganden som utfärdas av IVO kommer att kunna överklagas till förvaltningsdomstol. IVO:s eventuella ansökningar om utdömande av vite kommer också att hanteras av förvaltningsdomstolarna. Utredningen bedömer dock, som framgår ovan, att den nya sanktionen i första hand kommer att vara preventiv. Ökningen torde därför bli marginell och de eventuellt ökade kostnaderna som uppstår för förvaltningsdomstolarna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.5 SCB

Förslaget om att särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar för arbetsgivare kommer att möjliggöra nya analyser med hjälp av verktygen FASIT och FRIDA som finns hos SCB. Utredningen bedömer att förändringen inte kommer att innebära annat än marginellt ökade kostnader för SCB då verktygen redan i dag är en del av myndighetens löpande verksamhet.

16.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen, RF, framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

16.7.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Beträffande utredningens förslag om finansiering av hälso- och sjukvården gör utredningen följande bedömning. De nya bestämmelserna syftar till att tydliggöra att privata sjukvårdsförsäkringar inte kan användas för att betala för vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Det finns flera olika former av privat finansiering, varav privata sjukvårdsförsäkringar är en form. Det förekommer även att hälso- och sjukvård betalas kontant, som t.ex. abonnemang, avbetalning genom ett finansbolag eller i form av medlemskap hos en vårdgivare. Ingen form av privat finansiering av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som vårdgivare bedriver på uppdrag av regionen, kommer att vara tillåten med utredningens förslag till nya bestämmelser. Det föreslås dock undantag för de fall där det är särskilt reglerat. I dessa fall kommer regionerna sålunda fortsätta att kunna ta emot annan betalning än med offentliga medel.

I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om patientavgift som sålunda är ett undantag. Vidare kommer det fortsatt att vara möjligt att bedriva tjänsteexport enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, som finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Vad gäller övrig privatfinansiering inom regionen²⁹ känner utredningen inte till att den formen av finansiering är rättsligt prövad. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.³⁰

Såvitt utredningen har kunnat utreda bedriver inte regionerna vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar i dag. Regler-

²⁹ För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 samt utredningens redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.

³⁰ Sådant stöd återfinns framförallt i kommunallagen (2017:725).

ingen kommer därmed inte få några omedelbara praktiska konsekvenser för regionerna. Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det uttryckligen är förbjudet. De nya bestämmelserna om finansiering skulle därför kunna anses innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen på så sätt att regionernas handlingsutrymme och valmöjlighet minskar genom att det är särskilt reglerat när regionen får ta emot privat finansiering för vård.

Mot bakgrund av att det saknas uttryckliga regler och då det i den allmänna debatten getts uttryck för en osäkerhet om vad som gäller, anser utredningen att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Bestämmelsen ger uttryck för den grundläggande tanken om att den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara just offentligt finansierad. Bestämmelsen står även i samklang med legalitetsprincipen och tanken om att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs.³¹ Eftersom detta redan gäller i dag påverkar därmed den nya bestämmelsen inte den kommunala självstyrelsen.

16.7.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning. Den nuvarande bestämmelsen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet” infördes år 2005. I propositionen till den bestämmelsen finns inte några särskilda skrivningar om konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eller konsekvenser i övrigt, som skulle kunna ligga till grund för bedömningen i detta betänkande.³²

I samband med införandet av de nya bestämmelserna i kommunallagen om uppföljning och insyn (nuvarande 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen [2017:725]) uttalade regeringen att de föreslagna bestämmelserna utgör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.³³ Regeringen uttalade vidare följande.

³¹ Legalitetsprincipen regleras i 1 kap. 1 § regeringsformen och 5 § förvaltningslagen (2017:900).

³² Prop. 2004/05:89.

³³ Prop. 2013/14:118, s. 87.

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.³⁴

Utredningens syfte med de nya avtalsvillkoren 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 offentligfinansierade patienterna negativt. Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionerna upphandlar. 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 således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Utan denna information och kunskap kan det vara svårt för regionerna att följa upp om de offentligfinansierade patienterna verkligen får en god och patientsäker vård. Förslaget om nya avtalsvillkor är således nödvändigt för att det eftersträfvade syftet ska uppnås.

Förslaget innebär främst en förändring i hur regionerna utformar sina avtal och inverkar inte i övrigt på regionernas möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Förslaget innebär inte heller några nya skyldigheter för regionerna, utan är snarare att se som ett förtydligande av de krav som kommunallagen ställer upp, men anpassat efter hälso- och sjukvårdens område.

Utredningen har vidare, liksom den utredning som låg till grund för ovan citerad proposition, 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. Utredningens bedömning är att förslaget ger en ökad kunskap för regionerna om de områden som upphandlas, som kan leda till ökade möjligheter att fatta bra beslut om hur regionerna bäst kan organisera och styra verksamhet på området. Regionerna är huvudmän för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten.

³⁴ Prop. 2013/14:118, s. 87 f.

Detta ansvar gäller redan i dag. Förslaget om avtalsvillkor ska således ses som ett stöd för regionerna att ta det redan reglerade ansvaret. 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, som har redogjorts för ovan, att regionerna gemensamt uppgett sig ha cirka 500 avtal inom LOU (lagen [2016:1145] om offentlig upphandling) och lika många inom LOV (lagen [2008:962] om valfrihetssystem).³⁵ Fördelningen skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta är vidare en ögonblicksbild,³⁶ och antalet avtal kan variera över tid. Hur många av dessa som avser vårdgivare med andra uppdragsgivare är dessutom oklart – vissa regioner efterfrågar information om detta i dag, men flertalet gör det inte. Utredningen kan också konstatera att flera regioner redan skriver in dessa uppgifter i sina avtal. Utredningens förslag innebär således inte nödvändigtvis förändringar för alla regioner.

Regioner kan behöva justera sina mallar och stöddokument. Det handlar om relativt få justeringar av befintliga dokument. Förslaget kan medföra att regionerna kommer att utöka sin uppföljning av avtalet utifrån de nya avtalsvillkoren. Som beskrivits utförligare i kapitel 13.4 behöver avtalsvillkoren anpassas efter vad som upphandlas och dessa bedömningar behöver göras i varje enskilt fall. Detta är något som redan sker kontinuerligt i dag. Det kan handla om att det tillkommer avtalsvillkor om att regionen ska få information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare, information om vårdgivarens organisation och information om hur grundläggande bestämmelser efterlevs och andra typer av villkor som säkerställer att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar den offentligfinansierade vården. Efter som förslagen syftar till att ge regionen bättre verktyg och förutsättningar kommer de förhoppningsvis 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

³⁵ Primärvården är exkluderad i denna sammanställning, mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.

³⁶ Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sen enkäten samlades in.

när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. När inskränkningar i den kommunala självstyrelsen görs, innebär proportionalitetsprincipen att den för den kommunala självstyrelsen minst ingripande åtgärden ska väljas. Det förslag som har lämnats av utredningen lämnar ett handlingsutrymme till regionerna kring hur ett avtal ska utformas då bestämmelsen endast avser situationen när vårdgivaren har flera uppdragsgivare. En bestämmelse hade kunnat utformas på en rad mer ingripande sätt, exempelvis genom att detaljera i lag vad en region ska följa upp i avtalet. Genom att ge regionen det handlingsutrymme och den valmöjlighet som bestämmelsen ger, uppfylls proportionalitetsprincipen på området. 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 att regionen som huvudman ges utökade möjligheter att ta sitt ansvar för att minska riskerna för negativ påverkan för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningen bedömer att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i regionernas självstyrelse, som den nya bestämmelsen innebär. Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att förslaget om nya avtalsvillkor inte innebär något oproportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

16.7.3 Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister. Förslaget innebär således ett nytt åliggande för regionerna. Som beskrivits i detta betänkande saknas det myndighetsdata om hur vård finansieras. Förändringarna i patientregistret syftar till att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess effekter. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den (14 kap. 3 § regeringsformen).

Förslaget innebär en förhållandevis liten utvidgning av patientregistret. Förändringen av registret handlar inte om att registret utökas med ett helt nytt område som tidigare inte har varit inkluderat i registret eller att sättet att rapportera till registret förändras, utan utvidgningen handlar om att ytterligare en variabel läggs till ett redan existerande register där regionerna redan i dag rapporterar in uppgifter. Utredningen är av uppfattningen att det handlar om en engångsinsats att göra de nödvändiga tekniska förändringarna av regionernas rapporteringssystem. När det väl är gjort innebär förändringen ingen egentlig utökad arbetsbörda för regionerna avseende löpande rapportering. Förändringen av patientregistret får därmed betecknas som en relativt liten förändring för regionerna som rapporteringsskyldiga. Utredningen utgår från att Socialstyrelsen, i framtagandet av regler och riktlinjer för rapporteringen, utformar rapporteringen så enkelt som möjligt. Utredningen bedömer därmed att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett starkt begränsat ingrepp i regionens självstyrelse som den nya bestämmelsen innebär.

Angående förändringen av vårdgivarregistret ska även regioner anmäla dit. Utredningen bedömer arbetsinsatsen att anmäla till registret som liten och att ändamålet med ett bra register som mycket är till gagn för regionerna själva inte har någon påverkan på den kommunala självstyrelsen.

16.8 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet

16.8.1 Förslagens förenlighet med unionsrätten

I Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) finns regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar. Inget av utredningens förslag bedöms vara vare sig diskriminerande eller gynnande för någon eller några aktörer. Inget av förslagen kan på något sätt sägas inskränka den fria rörligheten inom EU. Förslaget om nya avtalsvillkor omfattas av det upphandlingsrättsliga området. Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling bygger på ett EU-direktiv och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, innehåller ett antal bestämmelser med EU-rättslig bakgrund. Den föreslagna bestämmelsen om nya avtalsvillkor bygger vidare på redan gällande bestämmelser.

melser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och kommunallagen (2017:725) och har utformats för att överensstämma med den upphandlingsrättsliga lagstiftningen. Bestämmelsen bedöms vara neutral i sin utformning och bedöms inte strida mot något EU-rättsligt regelverk. Förslagen är förenliga med de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

I kapitel 13.4.3–13.4.5 utvecklas hur de aktörer som har att tillämpa den nya bestämmelsen bör tänka kring vilka avtalsvillkor som är aktuella i olika fall och olika avtalsvilkors förenlighet med de upphandlingsrättsliga principerna. Se också kapitel 6.5–6.7 för utredningens redogörelser för vilka krav som ställs på regionerna, utredningens undersökning av hur regionerna arbetar med kravställning och uppföljning, samt utredningens slutsatser.

Utredningen anser att inte heller övriga förslag, dvs. förslagen om en förstärkt tillsyn för IVO, rapportering till patientregistret eller särredovisningen står i strid med EU-rätten.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är förenliga med EU-rätten.

16.8.2 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

I direktivet anges att utredaren ska analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet. Dessa fri- och rättigheter skyddas enligt regeringsformen, RF, och Europakonventionen³⁷. De förslag som särskilt behöver analyseras är förslagen om nya avtalsvillkor, anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och rapportering till patientregistret. Utredningen bedömer att inte något av utredningens förslag inskränker användningen av någons egendom. Förslaget om nya avtalsvillkor innebär inte någon förändring mot de krav som kan ställas med stöd av gällande lagstiftning. Även anmälan till IVO:s vårdgivarregister och till patientregistret är redan i dag reglerat och berörda aktörer ska redan i dag rapportera till de registren. Förslaget om att särredovisa förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket kan innebära en viss ökad administrativ börda för arbetsgivare men förmånen redovisas

³⁷ Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

redan i dag tillsammans med andra förmåner till Skatteverket och bedöms inte beröra vare sig egendomsskydd eller näringsfrihet. Inget av utredningens förslag innebär någon begränsning för företag att utöva sin verksamhet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslagen är förenliga med rätten till egendomsskydd.

Angående rätten till näringsfrihet gör utredningen följande bedömning. Rätten att driva näring eller utöva yrke får, enligt 2 kap. 17 § RF, endast begränsas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att enbart ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredningens förslag om nya avtalsvillkor kan beröra näringsfriheten på så sätt att privata vårdgivare med flera olika uppdragsgivare i framtiden kommer att redovisa fler uppgifter än i dag om vårdgivarens verksamhet och om övriga uppdrag till den region vårdgivaren har ett avtal med. Det kan då innebära en viss inskränkning i näringsfriheten på det sättet att vårdgivare blir tvungna att redovisa uppgifter som annars inte hade redovisats självmant. Det ska dock framhållas att det redan i dag finns regioner som ställer krav på uppföljning av privata vårdgivare. Likt i dag sätter de upphandlingsrättsliga reglerna den yttersta ramen för avtalsinnehållet.

Utredningens förslag innebär inte att det i framtiden kommer att vara förbjudet för vårdgivare att bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det kan därför ifrågasättas om bestämmelsen överhuvudtaget inskränker näringsfriheten. Som redogjorts för i detta betänkande bedöms den nya bestämmelsen vara nödvändig för att uppnå syftet med att regionen som huvudman ska kunna ta ansvar för att målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna uppfylls. Att ge förutsättningar för att dessa målbestämmelser uppfylls får anses vara ett angeläget allmänt intresse. Bestämmelsen är allmän tills sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad.

Angående anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister gör utredningen följande bedömning. Förslaget kan beröra näringsfriheten på så sätt att vårdgivare blir skyldiga att anmäla om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om verksamheten är privat- eller offentligfinansierad vilket är en utvidgning av anmälningsskyldigheten gentemot i dag. Den utvidgning som föreslås syftar till att underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården och frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen bedöms som nödvändig för att

IVO ska kunna ta det ansvaret. En effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården bedöms som ett angeläget allmänt intresse. Eftersom detaljeringsgraden på det som anmäls inte föreslås vara så hög bedöms inte utvidgningen riskera att avslöja t.ex. affärshemligheter hos vårdgivaren eller på annat sätt vara känslig för vårdgivarna. Själva anmälan kan heller inte ses som annat än marginellt mer betungande än i dag. Bestämmelsen är allmän till sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad. Sammantaget bedöms förslaget vara en godtagbar inskränkning i näringsfriheten, om det ens bedöms vara en inskränkning.

16.8.3 Konsekvenser för jämställdhet

Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser. Utredningens förslag är könsneutrala och varken kvinnor eller män kommer att specifikt gynnas eller missgynnas av förslagen. Utredningen noterar dock att det saknas könsuppdelad statistik över personer med privata sjukvårdsförsäkringar. I rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* från 2017,³⁸ framgår att år 2015 var nästan två tredjedelar av de försäkrade män. Såvitt utredningen har kunnat finna har det inte skett några större förändringar i den delen.

16.8.4 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning är att förslagen inte kommer ha betydelse för brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, offentlig service i olika delar av landet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Utredningens förslag syftar inte heller till att påverka sysselsättningen.

³⁸ Palme, M. (2017).

17 Författningskommentar

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

7 kap.

28 a §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.6.

Av bestämmelsen framgår att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. De regler som avses är 2 kap. 1 § som avser anmälan av ny verksamhet, 2 kap. 2 § som avser anmälan av förändringar i verksamheten samt 2 kap. 3 § som innehåller bemyndigande som avser hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras. Sådana bestämmelser återfinns i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

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 behövs. 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 (1985:206) om viten anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Nuvarande straffbestämmelse i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen om möjlighet att utdöma böter om reglerna om anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret inte efterlevs, upphävs.

10 kap.**13 §**

Av bestämmelsen framgår att IVO:s beslut om föreläggande enligt 7 kap. 28 a §, dvs. att anmäla till IVO:s vårdgivarregistret enligt 2 kap. 1–3 §§, får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser, dvs. bestämmelsen i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, tillämpas.

17.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)**7 kap.****10 §**

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Bestämmelsen reglerar således vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård som bedrivs i *regionens egen regi*, dvs. när regionen själv är vårdgivare. Det saknas i dag uttryckliga bestämmelser om vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård och bestämmelsen ska ses som en kodifiering av vad som redan gäller.

Med *offentliga medel* avses framför allt skatter och statsbidrag. Bestämmelsen innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering.

Av legalitetsprincipen följer att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs. Regionerna har stöd i viss lagstiftning för att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

HSL, finns bestämmelser om att regionen får ta ut avgifter från patienten. I lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter finns bestämmelser om tjänsteexport. Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara fråga om 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. Det saknas uttryckliga regler om sådan finansiering och såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för denna privatfinansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725) som reglerar detta. Om det finns stöd i lag för regionen att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel ska det således vara tillåtet.

Bestämmelsen avser finansiering av hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egenskap av vårdgivare. Den avser inte vård som bedrivs av andra vårdgivare, dvs. statlig myndighet, kommun, eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare (jfr 2 kap. 3 § HSL). Bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård som utförs på uppdrag av regionen föreslås regleras i en ny bestämmelse, 15 kap. 2 § HSL. Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av bestämmelsen. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, exempelvis med privata sjukvårdsförsäkringar.

15 kap.

2 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap. HSL. I 15 kap. 1 § regleras att regionen kan ha avtal med någon annan om att tillhandahålla sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för, vilket uttrycks som att ”utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för” i HSL. Vilka uppgifter

och vilken vård som omfattas av överlämnandet framgår i avtalet mellan regionen och vårdgivaren.

När uppgifter har överlämnats från regionen till annan enligt 15 kap. 1 §, ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och vårdavgifter enligt 17 kap. HSL. Med *offentliga medel* avses den ersättning som regionerna ger till vårdgivaren och som regleras i avtalen. Avtalen omfattas av det upphandlingsrättsliga regelverket som kan vara antingen lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfritetssystem, LOV.

Bestämmelsen innebär att den vård som bedrivs av annan på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering. I 17 kap. HSL finns bestämmelser om att vårdgivaren får ta ut avgifter från patienten.

Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivares eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. Vårdgivarens övriga verksamhet kommer således alltjämt att kunna finansieras via t.ex. privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering. För det fall en patient själv vill finansiera t.ex. en del av ett ingrepp som inte omfattas av det regionen bekostar kommer den delen inte att omfattas av den vård som regionen har lämnat över till en vårdgivare. Även detta kommer således alltjämt att vara möjligt.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse, 15 kap. 3 § HSL, om att i de fall där vårdgivaren har andra uppdragsgivare än regionen, ska det anges i avtalet hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. Som beskrivs i avsnitt 13.4 föreslår utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade, dvs. utifrån vad som regleras i 15 kap. 2 § HSL.

Bestämmelser om finansiering av vård som utförs av regionen i egen regi, dvs. när regionen är vårdgivare, föreslås regleras i 7 kap. 10 §. Till skillnad från när regionen bedriver vård i egen regi (se förslaget till ny bestämmelse i 7 kap. 10 §) finns det inte något undantag från denna bestämmelse med hänvisning till vad som skulle vara särskilt reglerat i lag.

15 kap.

3 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.4.

Av *första stycket* framgår att det i avtalet ska regleras frågor som rör påverkan från vårdgivarens övriga uppdrag på den vård som bedrivs på uppdrag av regionen, dvs. bestämmelsen avser påverkan på den offentligt finansierade vården.

Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. En vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare. Uppdragsgivare kan vara en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter. Det kan således vara vård som ersätts med offentliga medel, dvs. offentligfinansierad vård, och vård som ersätts privat, dvs. privatfinansierad vård. Det finns olika former av privatfinansierad vård, bl.a. kontantbetalning av patienten och betalning av försäkringsbolag via privata sjukvårdsförsäkringar.

I avtalet ska det regleras hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte *påverkar* de uppgifter som har lämnats över från regionen. Vad som kan påverka den offentligfinansierade vården och således vilka villkor som ska anges i avtalet får anpassas utifrån avtalssituationen. Faktorer som kan påverka vården och som således ska regleras i avtalet kan röra hur vårdgivaren säkerställer att bestämmelsen i 3 kap. 1 § HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, efterlevs. Det kan t.ex. regleras frågor som rör hur vårdgivaren bygger upp sin organisation så att medicinska bedömningar och omprioriteringar kan genomföras.

Övriga villkor som bör anges är att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Ett annat villkor bör vara att det i avtalet anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade.

Med *vårdgivare* avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 3 §). I denna bestämmelse avses de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionerna, dvs. enligt 15 kap. 1 § HSL.

Av bestämmelsen i *andra stycket* framgår att det i avtalet ska framgå hur de villkor som regleras enligt första stycket, följs upp. Bestämmelser om avtal och uppföljning finns även i kommunallagen (2017:725), lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Se kapitel 15.

17.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

4 §

Av bestämmelsen framgår att behandlingen i patientregistret får avse uppgifter om finansieringsform för vården. Finansieringen av hälso- och sjukvården kan vara antingen offentlig eller privat. Privatfinansiering kan ske med privata sjukvårdsförsäkringar, kontant eller på annat sätt. Med stöd av bemyndigande har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska fullgöras, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Dessa föreskrifter behöver kompletteras så att det framgår hur uppgifterna ska rapporteras, t.ex. i vilken form och på vilket sätt, t.ex. detaljeringsgrad.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.7.

17.4 Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

2 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 7* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om hur vården är finansierad.

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 8* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. Det kan vara fråga om en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter som ersätter vårdgivaren för vården. Med *offentligfinansierad vård* avses vård om finansieras med offentliga medel såsom skatter, statsbidrag eller ersättning från regionen enligt vad som regleras i avtalet. Med *privatfinansierad vård* avses t.ex. betalning kontant från patienten eller från försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring.

Hur anmälningsskyldigheten ska utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Att vårdgivarregistret får innehålla dessa uppgifter regleras i 2 kap. 3 §. Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

2 kap.

3 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s vårdgivarregister ska få innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Anmälningsskyldigheten regleras i 2 kap. 1 § och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Vid ikraftträdandet kan det finnas verksamheter som pågått under en längre tid men som inte är anmälda till IVO. Anmälan ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas eller en förändring genomförs. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 och 8 patientsäkerhetsförordningen ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan. Se kapitel 15.

17.5 Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

5 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *punkten 2* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 2 § punkten 3 skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår vilket värde som ska särredovisas.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

5 kap.

2 §

Av bestämmelsen i *punkten 3* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår att det ska särredovisas om någon anställd har en förmån av privat sjukvårdsförsäkring.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

6 kap.

3 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 2* och *andra stycket punkten 3* framgår att arbetsgivaren i arbetsgivardeklarationen ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Vidare framgår att arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

17.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

1 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s verksamhet, förutom att den ska bedrivas strategiskt och effektivt, även ska bedrivas i förebyggande syfte. Ändringen är ett förtydligande av hur IVO redan arbetar bl.a. utifrån egna riskanalyser. Utredningens förslag om att uppgifter om uppdragsgivare och finansieringsform ska anmälas till vårdgivarregistret, ska ses som en del i IVO:s förebyggande arbete.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.4.

Särskilt yttrande

Ulrika Lorentzi, utredare, LO
Mikael Sandlund, senior professor/ordförande
Etikdelegationen inom Svenska Läkaresällskapet

Så här marknadsför ett försäkringsbolag sin privata sjukvårdsförsäkring i augusti 2021:

”En privat sjukvårdsförsäkring ger ett bättre skydd om du skulle drabbas av sjukdom eller skada. Är du försäkrad kan du snabbt boka vård till en specialist via vår digitala tjänst och du slipper långa kötider.”¹ Liknande beskrivningar finns på andra försäkringsbolags hemsidor.

Det står inte uttryckligen, men det är underförstått att skyddet från försäkringen är bättre än i den offentligt finansierade vården. De privata sjukvårdsförsäkringarnas säljargument är att den försäkrade kommer få vård på specialistnivå snabbt och slippa långa kötider som antas finnas i den offentligt finansierade vården.

Den som tar reda på mer om försäkringen inser att det är ett begränsat antal sjukdomstillstånd (till exempel inga akuta sjukdomar) som faktiskt betalas via försäkringen. Men sjukvårdsförsäkringarna kan också vara en snabbare ingång till det kompletta vårdutbud som finns i den offentligt finansierade vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver att en patient med privat sjukvårdsförsäkring kan få sitt behov bedömt och få en remiss snabbare än patienter i den offentligt finansierade vården och att det skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkö”².

¹ Länsförsäkringars hemsida, hämtat 20210825.

² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3, s. 49.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här situation inte tydligt träffas av lagens krav på att den som har det största behovet ska ges företräde till vård, eftersom behovet först måste bedömas innan det går att ta ställning till vilket behov som är störst. Myndigheten menar dock att det kan "ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor."³

Den undersökning som ingår i rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar vidare att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, fast det inte är sannolikt att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Rapporten visar även att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot patienter med båda typerna av finansiering. Detta sker trots att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slår fast att målet med hälso- och sjukvården är "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen".

Av direktivet 2020:83 Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård framgår att regeringen ser med oro på detta. Den här situationen utgör ett hot mot en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till alla medborgare efter behov. I direktivet står:

"En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts."

Det är därför regeringen ger en utredare i uppdrag 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 utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter

³ Ibid, s. 50.

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.

Utredningen har valt att tolka de här punkterna väldigt smalt och bortse, eller till och med ta avstånd, från bakgrundsbeskrivningen i direktivet. Konsekvensen blir att utredningen inte lägger – eller ens försöker lägga – de förslag som behövs för att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller stärka invånarnas tillit till välfärdssystemet.

Kommentarer på utredningens arbetssätt och tolkning av direktivet

Utredningen tar sig an den första punkten av uppdraget på ett både grundligt och otillräckligt sätt. Betänkandet innehåller en ingående beskrivning av hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar för den som har försäkring. De data som finns på vilka som har försäkring redovisas också och vilka fackförbund som erbjuder försäkring. Dessa data kommer huvudsakligen från försäkringsbolagens intresseorganisation.

På flera ställen beskrivs den brist på kunskap som finns om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården, men utredningen gör ingen analys av de data som finns. Till exempel visar den ojämlika socioekonomiska fördelningen av sjukvårdsförsäkringar, som utredningen redovisar till exempel i figur 5.5, hur privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till en vård som fördelas till den som har råd, inte efter behov. Det skapar en undanträngning av personer med lägre inkomster från vården och påverkar tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Men utredningen drar inga sådana slutsatser.

Utredningens analyskapitel, kapitel 11, ger beskrivningar av undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården som är orsakade av annat än privata sjukvårdsförsäkringar, bland annat vårdgarantin, vårdval och standardiserade vårdflöpp. Risken för undanträngning och längre

väntetider i offentligt finansierad vård om medarbetare inom bristyrken lämnar offentligt finansierad vård för att arbeta med försäkringsfinansierad vård nämns inte.

Den andra punkten i uppdraget tolkar utredningen så här:

”Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”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”, som att den delen framförallt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård och att de inte ska påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter.” (avsnitt 2.3.1)

Det är en smal tolkning som inte stämmer överens med den oro som uttrycks i direktivet, för att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och hur det riskerar att urholka tilliten till vården.

Tillit och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet

Frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen tas upp i avsnitt 12.3. Där beskrivs kortfattat tre olika välfärdsmodeller, utmaningar som den nordiska välfärdsmodellen står inför samt en forskningsdiskussion om huruvida marknadsreformer och den ökade privatiseringen som genomförts i välfärden de senaste decennierna underminerar modellen. Den refererade forskningen diskuterar om Sverige fortfarande har en nordisk välfärdsmodell med en generell offentligt finansierad välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov. Det finns tecken på att vi är på väg mot en grundtrygghetsmodell. Andra forskare pekar på en utveckling mot en korporativistisk modell där yrkestillhörighet eller fackförbundstillhörighet spelar stor roll för vilken välfärd du har tillgång till.

Utredningen drar dock inga slutsatser från detta utan hävdar att frågan om välfärdssystemets funktion och utformning är ”politisk”, och därmed inte del av utredningens uppdrag. Utredningen skriver: ”Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.”

Trots att direktivet tydligt pekar ut oron för att de privata sjukvårdsförsäkringarna urholkar den tillit som är en förutsättning för att det svenska välfärdssystemet ska fungera, vill utredningen alltså inte befatta sig med frågan. Den forskning som beskriver undermineringen av välfärdsmodellen visar att inget politiskt parti i Sverige öppet har argumenterat för att Sverige ska byta välfärdsmodell. Det har därmed inte funnits ett väljarstöd för ett sådant systemskifte. Utvecklingen har skett genom en kombination av underlåtelse att ta beslut, som att resurstilldelningen till hälso- och sjukvården i dag inte motsvarar behoven, och skiktning, det vill säga att ett marknadssystem med en annan logik har lagts på den generella välfärden som fördelas efter behov och långsamt ätit sig in i den och förändrat välfärdsmodellen.

Utredningens tolkning av direktivet leder till att utredningen inte ser tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet som en central del av sitt uppdrag utan som ett intresse som ska vägas mot flera andra, som enskildas självbestämmanderätt att få teckna en privat sjukvårdsförsäkring, arbetsgivarens intresse av att teckna försäkringar till sina anställda för att om möjligt minska deras sjukfrånvaro och försäkringsbolagens och vårdföretagens intresse av ekonomisk stabilitet och vinster.

Vård på lika villkor?

Att vården ges på lika villkor är grundläggande för jämlik hälsa, utjämnade av hälsoklyftor⁴ och för tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Exemplet med en försäkringspatient som får en remiss till offentligt finansierad vård snabbare än den som sökt vård via den offentligt finansierade vården finns med i utredningen. Det hade varit rimligt att utredningen hade gått vidare med frågan om detta är förenligt med en vård på lika villkor och föreslagit författningsförslag eller andra åtgärder som säkerställer att försäkringspatienter inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, som det står i uppdraget. Men utredningen resonerar inte om ”remissgenvägen” är förenlig med en vård på lika villkor. De konstaterar bara att detta inte strider mot kravet på att den som har störst behov ska ha före-

⁴ SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

träde till vården, eftersom den bestämmelsen gäller först när behovet är prövat.

Även när det gäller frågan om en vårdgivare får ha olika tidsgränser för offentligt finansierade patienter och försäkringspatienter väljer utredaren att enbart fokusera på om att den som har det största behovet ska ges företräde, inte målsättningen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utredningen gör följande tolkning av lagstiftning och förarbeten:

”Utredningen kan inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.” (avsnitt 8.8.2)

Med den tolkning utredningen gör av behovs- och solidaritetsprincipen kan alltså privata vårdgivare fortsätta att ha olika tidsgränser för försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter, så länge de vid mottagningen aktuella patienterna med det största bedömda behovet ges företräde. Utredningens förståelse för behovs- och solidaritetsprincipen innebär att man ser den endast som en lokal prioriteringsregel, medan plattformens avsikt var att anvisa hur prioriteringar även på övergripande nivå ska gå till. Om utredningens tolkning stämmer, så är stödet för en vård på lika villkor alldeles för svagt och behöver förstärkas. Utredningen har ett utrymme i sitt direktiv för att göra det, men nöjer sig med att slå fast att olika väntetider är tillåtet.

Agera snabbt, innan det är för sent!

Den oftast återkommande slutsatsen i utredningen är att det saknas kunskap och myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och vilka effekter de har. Eftersom försäkringarna finansierar mindre än en procent av vården (dock betydligt större andel av specialistvård inom några specialiteter och i storstadsområdena) har försäkringarna än så länge förmodligen begränsad direkt påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar är dock ett globalt fenomen och det finns lärdomar att dra från andra länder.

Flera lärdomar samt rekommendationer framåt presenterades på den policydialog med forskare från WHO och European Observatory on Health Systems and Policies som anordnades för utredningen i juni 2021. Utredningen beskriver policydialogen i avsnitt 10.8.3. Referatet är missvisande, eftersom huvudbudskapet (att det finns stor anledning att agera snabbt innan utvecklingen gör området inte längre möjligt att reglera) inte tydligt framgår. Dagen efter policydialogen anordnade Arena Idé och LO ett webinarium med delvis samma forskare⁵.

Forskaren Sarah Thomson, en av redaktörerna till boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, utgiven av European Observatory on Health Systems and Policies 2020, konstaterade att privata sjukvårdsförsäkringar utmanar offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det går att förutse utifrån både ekonomisk teori och utvecklingen i andra länder.

Från ekonomisk teori vet vi att privata sjukvårdsförsäkringar leder till ineffektiv och ojämlig resursfördelning då försäkringsbolag välkomnar försäkringstagare med låg risk för sjukdom, och undviker kunder med hög risk att bli sjuka. Internationell erfarenhet från länder där marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar har växt visar att politiken ofta är för svag för att lyckas reglera försäkringarna och hantera de starka ekonomiska intressen som är förenade med försäkringarna. I flera länder motsätter sig försäkringsbolag och vårdföretag reformer för att skapa en jämlik, behovsbaserad vård.

Forskarna konstaterade att i en internationell jämförelse har Sverige fortfarande en mycket liten marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Om Sverige låter marknaden växa kommer vi få problem med jämlikhet och effektivitet i hälso- och sjukvården. För att problemen inte ska bli allt för stora krävs regleringar som få länder har lyckats införa. De här regleringarna måste införas innan försäkringarna har växt sig så stora att det blir politiskt omöjligt.

Sarah Thomson pekade på flera möjliga regleringar för att begränsa efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Helt grundläggande är att se till att väntetiderna i den offentligt finansierade vården kortas, men det är inte tillräckligt. Det är viktigt att försäk-

⁵ Webinariet "Är privata sjukvårdsförsäkringar ett hot mot vård efter behov?" går att se i efterhand på LOs och Arena Idés hemsidor. På Arena Idés hemsida finns en översättning av inledningskapitlet i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, "Varför privata sjukvårdsförsäkringar?". Hela boken går att läsa via Open access på Cambridge University Press www.cambridge.org.

ringarna inte understöds med skatteavdrag. Hon menade att det är nödvändigt att göra försäkringarna mindre intressanta för vårdgivare, till exempel genom att förbjuda vårdgivare att ta emot både offentligt finansierade och privat finansierade patienter, sätta ett tak på hur stor andel försäkringspatienter en vårdgivare som tar emot offentligt finansierade patienter får ta emot eller ha krav på att försäkringsfinansierad vård och offentligt finansierad vård inte får utföras i samma lokaler. Hon nämnde också åtgärder som minskar försäkringsbolagens möjlighet att erbjuda försäkringar med kortare väntetider till vård, till exempel begränsningar av vad försäkringarna får innehålla eller krav på att försäkringarna inte lovar kortare väntetider än i den offentligt finansierade vården.

Det här är åtgärder som utredningen hade kunnat utreda och formulera förslag om. I stället skriver utredningen att försäkringarna behöver regleras och att utredningens förslag på bättre datainsamling och mer kunskap kan vara ett första steg mot reglering. Detta stämmer, och förslagen som ska medge bättre data och ökade tillsynsmöjligheter är relevanta. Problemet är att det kommer gå flera år innan förslagen är genomförda och så pass mycket data har samlats in att det går att dra säkra slutsatser om effekterna i Sverige. Dessutom visar de internationella erfarenheterna att när effekterna av privata sjukvårdsförsäkringar är så stora att de går att mäta är risken stor att det är det inte längre är politiskt möjligt att införa regleringar.

Vi uppfattar sammanfattningsvis att Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar, S 2020:13 genomfört sitt arbete med noggrannhet, men att utredningens resultat är ofullständigt eftersom man valt en alltför smal tolkning av uppdraget, och på så sätt undvikit analyser, ställningstaganden och förslag som i sak och inom en rimlig tidshorisont skulle innebära att möta upp de i utredningens direktiv uttryckta farhågorna för en utveckling bort från behovsstyrd vård på lika villkor för hela befolkningen och på väg mot en efterfrågestyrd ojämlik vård, där patientens samhällsställning och ekonomi blir styrande. Att möta och mota en sådan utveckling i tidigt skede är också viktigt i ljuset av att det saknas stöd bland politiska partier och i väljarkåren för ett omfattande systemskifte inom hälso- och sjukvården.

Vi har som medlemmar i utredningens expertgrupp vid upprepade tillfällen under arbetets gång via muntliga och skriftliga kom-

mentarer försökt påverka arbetets inriktning, vilket tyvärr inte fått avsedda effekter.

Bakgrunden till att denna utredning tillsattes är viktig: frågan om hot mot en hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till befolkningen utifrån medicinska behov. Eftersom S 2020:13 inte levererar svar på frågan om hur hotet ska hanteras anser vi att en begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård bör utredas ånyo, och då med direktiv som lämpligen utformas än tydligare vad avser frågeställningens natur och innehåll.

Referenser

Offentligt tryck

Departementspromemorior

Ds 2016:28, *Driftsformer för universitetssjukhus.*

Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.*

Kommittédirektiv

Dir. 1992:8, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Dir. 1992:12, *Åtgärder för att stärka den lokala demokratin.*

Dir. 2015:60, *En kommission för jämlik hälsa.*

Dir. 2015:92, *Offentlighetsprincipen i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer.*

Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården.*

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2020:83, *Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård.*

Lagrådsyttrande

Lagrådets yttrande, Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2017-03-16.

Propositioner

- Prop. 1964:10, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om införande av brottsbalken m.m.*
- Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*
- Prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen.*
- Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Prop. 1981/82:142, *om ändring i brottsbalken (ekonomiska sanktioner vid brott i näringsverksamhet).*
- Prop. 1984/85:77, *om koncession för försäkringsrörelse.*
- Prop. 1985/86:154, *om kommunal tjänsteexport.*
- Prop. 1986/87:46, *om beskattning av förmån av fri bil.*
- Prop. 1992/92:43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*
- Prop. 1993/94:117, *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*
- Prop. 1993/94:189, *Kommunal biståndsverksamhet.*
- Prop. 1994/96:182, *Beskattning av fri hälso- och sjukvård samt vissa andra förmåner.*
- Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:19, *Beskattning av bilförmån, m.m.*
- Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1997/98:108, *Hälsodata- och vårdregister.*
- Prop. 1997/98:109, *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*
- Prop. 2000/01:36, *Sjukhus med vinstsyfte.*
- Prop. 2000/01:42, *Kommuner och landsting i internationell samverkan.*
- Prop. 2000/01 :147, *Offentliganställdas bisysslor.*
- Prop. 2004/05:89, *Behörigheten för läkare i enskilda verksamhet, m.m.*
- Prop. 2004/05:145, *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.*
- Prop. 2005/06:63, *Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård.*
- Prop. 2006/07:52, *Driftsformer för sjukhus.*

- Prop. 2007/08:107, *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område.*
- Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2008/09:21, *Kommunala kompetensfrågor m.m.*
- Prop. 2008/09:29, *Lag om valfribetssystem.*
- Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*
- Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.*
- Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*
- Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- Prop. 2012/13:143, *Effektivare sanktioner för arbetsmiljö- och arbetstidsreglerna.*
- Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*
- Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet.*
- Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:58, *Uppgifter på individnivå i arbetsgivardeklarationen.*
- Prop. 2016/17:166, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.*
- Prop. 2016/17:167, *Driftsformer för universitetssjukhus.*
- Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag.*
- Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*
- Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2017/18:131, *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård.*
- Prop. 2017/18:158, *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*
- Prop. 2017/18:159, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*
- Prop. 2017/18:165, *Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan.*
- Prop. 2018/19:142, *Statistik på upphandlingsområdet.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:1, *Budgetproposition för 2021.*

Regeringsbeslut och skrivelser

Regeringens skr. 2002/03:22, *Återkallelse av propositionen Sjukhus med vinstsyfte; förlängd giltighet av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2002/03:9).*

Regeringsbeslut, *Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*, S2020/05634/FS (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på Hälso- och sjukvårdsområdet*, S2021/05369 (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*, S2021/06332 (delvis).

Riksdagstryck

Socialutskottets bet. 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Rskr. 1996/97:186.

Socialutskottets bet. 2000/01:SoU6, *Sjukhus med vinstsyfte*.

Socialutskottets bet. 2000/01:SoU11, *Sjukhus med vinstsyfte (förnyad behandling)*. Rskr. 2000/01:122.

Socialutskottets bet. 2004/05:SoU18, *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*. Rskr. 2004/05:300.

Socialutskottets bet. 2006/07:SoU11, *Driftsformer för sjukhus*. Rskr. 2006/07:152.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU21, *Driftsformer för universitetssjukhus*. Rskr. 2016/17:323.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU22, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. Rskr. 2016/17:284.

Finansutskottets bet. 2017/18:FiU44, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet*. Rskr. 2017/18:357.

Socialutskottets bet. 2020/21:SoU16, *Hälso- och sjukvårdens organisation m.m.* Rskr. 2020/21:327.

Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Betänkande av Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.
- SOU 1975:75, *Medborgerliga fri- och rättigheter – Regeringsformen*. Betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning.
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*. Betänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 2000:80, *Offentligt anställdas bisysslor*. Betänkande av Bisyssleutredningen.
- SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Betänkande av Prioriteringsdelegationen.
- SOU 2001:57, *Välfärdens finansiering och fördelning*. Betänkande av Kommittén Välfärdsboksut.
- SOU 2002:31, *Vinst för vården*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.
- SOU 2003:23, *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.
- SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.
- SOU 2008:125, *En reformerad grundlag*. Betänkande av Grundlagsutredningen.
- SOU 2012:75, *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden*. Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.
- SOU 2013:2, *Patientlag*. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2013:23, *Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmåner*. Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.

- SOU 2013:38, *Vad bör straffas?*. Betänkande av Straffrättsanvändningsutredningen.
- SOU 2013:53, *Privata utförare – kontroll och insyn*. Delbetänkande av Utredningen om kommunallag för framtiden.
- SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Betänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.
- SOU 2015:7, *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.
- SOU 2016:37, *Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd*. Betänkande av Utredningen om rätten till en personförsäkring.
- SOU 2016:62, *Ökad insyn i välfärden*. Betänkande av Utredningen om ökad insyn i välfärden.
- SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*. Betänkande av Valfärdsutredningen.
- SOU 2017:37, *Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra*. Betänkande av Utredningen om organiserad och systematisk ekonomisk brottslighet mot välfärden.
- SOU 2017:38, *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning*. Betänkande av Valfärdsutredningen.
- SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.
- SOU 2018:39, *God och nära vård En primärvårdsreform*.
Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:48, *En lärande tillsyn Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg*. Delbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:52, *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Betänkande av Socialdataskyddsutredningen.
- SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.
Slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.

- SOU 2019:15, *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog*. Delbetänkande av KAM-utredningen.
- SOU 2019:29, *God och nära vård Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2019:56, *Idéburen välfärd*. Betänkande av Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden.
- SOU 2020:15, *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS*. Slutbetänkande av Utredningen om offentligt-privat samverkan, styrning och kontroll.
- SOU 2020:19, *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.
- SOU 2020:44, *Grundlagsskadestånd – ett rättighetskydd för enskilda*. Betänkande av Kommittén om Grundlagsskadestånd.
- SOU 2020:46, *En gemensam angelägenhet*. Betänkande av Jämlikhetskommissionen.
- SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2021:4, *Informationsöverföring inom vård och omsorg*. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.
- SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Rapporter och litteratur

- Allin, S., Marchildon, G. och Merkur, S. *Canada – Health system review*, Health Systems in Transition, Vol. 22, No 3. 2020, North American Observatory on Health Systems and Policies, och European Observatory on Health Systems and Policies.
- Anell A., *Vården är värd en bättre styrning*, SNS, 2020.
- Beauchamp TL. och Childress JF., *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 2001.
- Bergwall P., *Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare – A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors*, doctors-avhandling, Lunds universitet, 2021.
- Blomqvist P. och Palme J., *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990*, Social Inclusion, 2020, Volume 8, Issue 1.
- Blomqvist P., *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?* Statsvetenskaplig tidskrift, årgång 118, 2016.
- Borchsenius, V. och Hansen, J. V. (2010), *Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?*, Forsikring & Pension, Analysrapport 2010:6.
- Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*, 2020.
- Eckerberg, P. J., *Vad är försäkring, egentligen?* Juridisk Publikation 2/2010 s. 151–173.
- Esping-Andersen G., *Three worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Polity Press, 1990.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Voluntary health insurance in Europe – Country experience*, 2016.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, 2020.
- Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2014:5, *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*.
- Folkhälsomyndigheten, *Rekommendation om vaccination mot covid-19*, 2020-12-23.
- Företagarna, *Sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsplaner*, februari 2021.

- Grepperud, S., *Private behandlingsförsikringar – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling*, Working paper 2018:2, University of Oslo, 2018.
- Grøndahl, I., *Naturalytelser – skattepliktig eller ikke?*, Visma, 2021.
- IVO, *Analys av regelverket för tillståndsprövning – Slutrapport av regeringsuppdrag*, IVO 2021-4.
- IVO, *Budgetunderlag 2022–2024*, mars 2021, IVO 2021-3.
- IVO, *Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare*, oktober 2020. IVO 2020-11.
- IVO, *Förstudie – Prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter*, oktober 2020. (IVO förstudie 2020.)
- IVO, *Mot ett datadrivet arbetssätt – En analys av möjligheterna att förenkla ägar- och ledningsprövningen och tillgängliggöra omsorgsregistret*, november 2020. IVO 2020-12.
- IVO, *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, delrapport december 2020. (IVO delrapport 2020.)
- IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården – Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*. IVO 2021-7.
- IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, mars 2021. IVO 2021-2.
- Katalys, *Privata sjukvårdsförsäkringar bryter mot lagen*, Katalys No 84, 2020.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., och Karanikolos, M. *Finland – Health System Review*, Health Systems in Transition, Vol. 21, No. 2, 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Konkurrensverket, *Regioners upphandlingar av vårdpersonal – En uppföljning av utvecklingen sedan 2015*, Rapport 2020:4.

- Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. *Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden*. Health Policy 123, s. 737–746, 2019.
- Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. *Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden?*, Health Economics, Policy and Law, 2021.
- Lapidus J., *Indirect and Invisible Regulations Set in Stone: A Driving Force behind the Rise of Private Health Insurance in Sweden*, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 691, 2020.
- Lerwall, L., *Rapport till SMER, Egen- och medfinansiering i vården*, 2014-06-27.
- LO, PTK och Svenskt Näringsliv, *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? – En rapport om företags användning av företagshälsovård och andra expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering*, 2017.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2014:3 *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:5 *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:6 *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:3 *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:7 *Styra mot horisonten Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2021:4 *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.

- Olesen, J. D., *Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark*. Journal of Public Policy, 29[3], s. 274–275, 2009.
- Palme M., *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys*, Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, särtryck av del 5, 2017.
- Pedersen, M. S. och Arendt, J. N., *Can health promotion in the workplace save public money? Evidence from a quasi-experiment in Denmark*, Health Economics Papers, 2012.
- Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2019:1 i Prioriteringscentrums rapportserie 2:a upplagan, *Beslutsstöd för prioriteringar på individnivå – exempel från hjälpmedelsverksamhet*.
- Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2015:3, *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*.
- Ratio, *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*, Collin, E., Lundbäck, M. och Karlsson, N. Rapport nr 2, Ratioakademiens sjukvårdsprojekt. Augusti 2021.
- Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Regeringskansliet, 2020. *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Regeringskansliet, 2021. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 – Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Region Gävleborg, Revisionsrapport, *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, PWC, 2019.
- Region Jämtland Härjedalen, *Årsredovisning 2018*.
- Region Skåne, Etiska rådet, *Yttrande rörande medfinansiering av hörapparater*, 2020-02-17.
- Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, PWC, 2019.
- Region Stockholm, *Regelverk för rapportering av vårdkontakter 2021*, HSN 2020-1419, 2021.

- Region Stockholm, *Tillämpningsanvisningar för bisyssla*, LS 2017-1339.
- Region Stockholm, *Tio år av vårdval*, HSN 2017-1485.
- Region Stockholm, *Årsredovisning 2019*, RS 2019-0242.
- Region Sörmland, *Bisyssla – regler inom Landstinget Sörmland*, RegLS-LED16-1660-1.
- Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, rapport 6–19.
- Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, Revisionsrapport, PWC, 2017.
- Riksrevisionen, Rapport 2014:22, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22)
- Riksrevisionen, Rapport 2017:3, *Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, (RiR 2017:3).
- Riksrevisionen, Rapport 2019:33, *Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder*, (RiR 2019:33).
- Roemer MI., *Bed supply and hospital utilization: a natural experiment*. Hospitals 35, 36–42, 1961.
- Rothstein B., *Vad bör staten göra?: om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*, 1994.
- SCB, *FASIT Användarhandledning*, grundår 2019, HE0106.
- SKR, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020*, 2021. (SKR 2021).
- SKR, *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling*, 2012. (SKR 2012).
- SKR, *Överenskommelse om samverkan mellan SKR och industrins företrädare avseende kvalitetsregister*, 2020. (SKR 2020).
- SKR, *Översyn av de Nationella Kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården – förslag till gemensam satsning 2011–2015*, 2010. (SKR 2010).
- Smer, Rapport 2014:1. *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter*.
- Socialstyrelsen, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, januari 2006, artikelnr 2006-101-2.
- Socialstyrelsen, *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin*, dnr 13865/2020, version 2.0.

- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*, december 2020, artikelnr 2020-12-7135.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.
- Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancer-vården, slutrapport del 2*, april 2019, artikelnr 2019-4-1.
- Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, juni 2019. (Socialstyrelsen 2019).
- Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården – En baslinjestudie*, november 2015, artikelnr 2015-10-5.
- Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 – Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen, delrapport december 2020*, artikelnr 2020-12-7066.
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, februari 2021, artikelnr 2021-2-7223.
- Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, maj 2012, artikelnr 2012-5-16.
- Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, maj 2013, artikelnr 2013-5-30.
- Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*, januari 2019, artikelnr 2019-1-20.
- SOM-institutet, *Individuella skillnader i hamstring och social distansering under coronapandemin i Sverige*, SOM-undersökningen om coronaviruset, 2020.
- SOREg:s årsrapport 2019, *del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer*, publicerad maj 2020.
- Sperre Saunes, I., Karanikolos, M. och Sagan, S., *Norway – Health System Review*, Health Systems in Transition, Vol. 22, No. 1 2020. Norwegian Institute of Public Health och European Observatory on Health Systems and Policies.
- Statskontoret, *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*, 2019.

- Statskontoret, *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020.
- Stephansen, C. G. (2012), *Sundhedsforsikringers effekt på sygefravaeret og samfundsökonomien*, Forsikring & Pension, Analysrapport 2012:7.
- Svenska Läkaresällskapet, *Professionell granskning och klinisk revision*, slutrapport juni 2020.
- Søgaard, R., Pedersen, M. S., och Bech, M. (2013). *To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?* Health Policy, 113(1), s. 61–68.
- Timbro, *Egenfinansiering i vården – decenniets valfrihetsfråga*. 2021.
- Tuorila, H. *Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveysturvaajilla*. Kilpailu- ja kuluttajavirasto / Konkurrens- och konsumentverket, 2019.
- Tynkkynen, L-K., Alexandersson, N., Kaarboe, O., Anell, A., Lehto, J. och Vrangbaek, K. (2018). *Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country specific contextual factors*. Health Policy, 122, s. 485–492.
- Upphandlingsmyndigheten, *Uppdrag att främja innovationsupphandling genom stöd i form av upphandlings- och innovationskompetens för beställare*, rapport 2019:3.
- Valtonen, H., Kempers, J. och Karttunen, A., *Supplementary health insurance in Finland Consumer preferences and behaviour*. Kansaneläkelaitos/Folkpensionsanstalten, 2014.
- Winblad, U. och Andersson, C. *Kåren och köerna – En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*. Rapport 2010:09.
- Winblad U., Isaksson D. och Blomqvist P., *Preserving social equity in marketized primary care: strategies in Sweden*, Health Economics, Volume 16, Issue 2, April 2021, s. 216–231.
- Västra götalandregionen, *Granskning av bisysslor i Västra Götalandregionen*, KPMG 2017, dnr REV 2016-00167.

Medietryck och debattartiklar

- Arbetsvärlden, *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: "Som att tro på tomten"*, 4 april 2020.
- Dagens Medicin, *Fler betalar sig förbi vårdkön*, 5 april 2019.
- Dagsavisen, *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, Heidi Taksdal Skjeseth, 11 februari 201.
- Dagens Nyheter *Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård*, av Heidi Stensmyren, ordförande i Sveriges Läkarförbund, och Kar-Petter Thorwaldsson, ordförande LO, 5 december 2019.
- Dagens Nyheter, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 16 december 2019.
- Dagens Nyheter, *Ingen talar om att Sverige inte längre är en välfärdsstat*, av D. Barr och J. Palme, 21 december 2020.
- Dagens Nyheter, *Välbärgades gömda välfärd raserar den offentliga vården*, av J. Lapidus, 6 september 2019.
- Dagens Nyheter, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ...förklaringen*, 24 oktober 1994.
- Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.
- Göteborgs-Posten, *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån*, 21 augusti 2020.
- Läkartidningen, Hermerén och Sahlin, *Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar Värderingarna ska normera praxis*, 2018;115:E6DU.
- Läkartidningen, Sandman, Davidsson, Helgesson och Juth, *Etiskt problematiskt att begränsa rollen för kostnadseffektivitet Begränsad roll kan leda till godtycke och strida mot andra principer för prioriteringar i vården*, 2018;115:E4EH.
- Nerikes Allehanda, Jennifer Mayer: *Vad är det egentligen som händer inom regionen?*, 20 december 2020.
- NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, Magnus Torvald Bratten, 20 juli 2017.
- Piteå-Tidningen, *Få bisysslor anmäls – trots kritiken*, 28 december 2020.

Retriever. Sökning i Retrievers mediearkiv på artiklar som omnämner privat sjukvårdsförsäkring i tryckt press, webb och TV/Radio. Sökningen avser perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

Syre, *Unionen: Det finns en önskan om snabbare vård*, 18 december 2020.

Uppsala Nya Tidning, *Regiondirektören om extraknäck: "Fel signaler"*, 20 december 2020.

Rättsfall

Arbetsdomstolen

AD 1999 nr 27.

AD 2020 nr 9.

Övriga rättsfall

EU-domstolens dom den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel*.

Supreme Court of Canada, *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, 2005 SCC 35, [2005] 1 SCR 791.

Övrigt

Commonwealth fund. *International Health Care System Profiles – Norway* [online, april 2021]:
www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway (Commonwealth fund, Norge).

Commonwealth fund. *The Canadian healthcare system* [online, april 2021]: <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada> (Commonwealth fund, Kanada).

Commonwealth fund. *The Danish healthcare system* [online, april 2021]: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> (Commonwealth fund, Danmark).

Datainspektionens yttrande över Vårdsutredningens slutbetänkande Kvalitet i vården (SOU 2017:38), dnr 1243-2017.

Ekonomifakta, antal företag i Sverige [online, juli 2021]:
www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 av den 5 november 2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 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 dataskydds-förordning).

Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Eurostat. *Population on 1 January by age and sex* [online, april 2021]: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=en.

Finans Norge *Behandlingsforsikring* [online, april 2021]:
www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring.

Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer* [online, april 2021]:
www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/hovedoversikt.

Finanssiala, (2020) *Tilasto sairauskuluvakuutus 2009-062020* [online, april 2021]: www.finanssiala.fi/wp-content/uploads/2020/10/FA-tilasto-sairauskulu-vakuutus-2009-062020-1.pdf.

Finanssiala, (2021) *Sairauskulu-vakuutustilastot* [online, april 2021]:
www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskulu-vakuutustilastot/#/.

Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5* [online, april 2021]: www.finanstilsynet.dk/Tilsyn/Tilsynsreaktioner/Afgoerelser/Afgoerelser-1999/Lov-om-forsikringsvirksomhed-5.

- FINE, (2019) *Opas aikuisten sairauskuluvakuutuksista* [online, april 2021]: www.fine.fi/julkaisut/julkaisu/opas-aikuisten-sairauskuluvakuutuksista.html.
- Forsikring & Pension. *Find din Gruppe* [online, april 2021]: www.sygeforsikring.dk/grupper.
- Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer* [online, april 2021]: www.forsikringogpension.dk/statistik/sundhedsforsikringer.
- Företagarna, [online, juli 2021]: www.foretagarna.se/om-foretagarna.
- Government of Canada. *Canada's Health Care System* [online, april 2021]: www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html.
- If, *Information vedr. Vilkårstekster* [online, april 2021]: www.if.no/globalassets/no/bedrift/dokumenter/samarbeidsavtaler/helseforsikring-vilkaar.pdf.
- Kajantie, M., *Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän - selvä enemmistö jää tappiolle*. Tieto & Trendit, Tilastokeskus/Statistikcentralen, 2019. [online, april 2021]: www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/yksityisia-sairauskuluvakuutuksia-hankitaan-yha-enemman-selva-enemmisto-jaa-tappiolle.
- IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.
- Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008 av den 28 november 2007 om ändring av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV) samt av Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/17/EG respektive 2004/18/EG om förfaranden vid offentlig upphandling, när det gäller revidering av CPV.
- Konkurrensverkets remissvar på Ds 2016:29, S2016/05391/FS, dnr 503/2016.
- Konkurrensverkets yttrande över Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna (SOU 2020:41), 2020-11-12, dnr409/2020.
- Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring, [online, juli 2021]: www.konsumenternas.se/forsakringar/personforsakringar/sjukvardsforsakringar.

- Kvalitetsregister.se [online, juli 2021]:
<https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html>.
- Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29, dnr LD16/02947.
- Landstinget Värmlands remissvar på Ds 2016:29, dnr LK/162148.
- LO:s remissvar på Ds 2016:29.
- LO:s kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet.
- PRO:s remissvar på Ds 2016:29.
- Québec Health Insurance Act. [online, juni 2021]:
www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/A-29.
- Region Skånes remissvar på Ds 2016:29, dnr 1602915.
- Region Uppsala, Vårdstyrelsen. Sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård.
- Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 26 februari 2020, §19/20.
- Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20.
- Region Örebro läns remissvar på Ds 2016:29, dnr 16RS4510.
- Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring*, (2012) [online, april 2021]:
<https://skat.dk/SKAT.aspx?oid=2041964>.
- Skatteförvaltningen/Verohallinto, (2017) *Beskattning av en sjukvårdsförsäkring som arbetsgivaren har tecknat* [online, april 2021]:
www.vero.fi/sv/Detaljerade_skatteanvisningar/anvisningar/4837/beskattning-av-en-sjukvardsforsakring-som-arbetsgivaren-har-tecknat.
- Skatteverkets ställningstagande *Förmån av hälso- och sjukvård*, dnr 202 340340-18/111.
- Skatteverkets ställningstagande, *Beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån*, dnr 202 259391-19/111.
- SKR:s hemsida, [online, juli 2021]: <https://skr.se/skr.25.html>.
- SKR:s remissvar på Ds 2016:29, dnr 16/04412.

- ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar.
- Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet* [online, april 2021]: www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen.
- Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.
- Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29, dnr LS 2016-1015.
- Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikringsvilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* [online, april 2021]: www.storebrand.no/filbibliotek/_/-attachment/inline/2ca10c62bc30-4603-a032-a726aba53799/vilkar-helseforsikring-tegnet-etter-nov-2009.pdf.
- Svensk Försäkrings branschstatistik nr 1/2017 – 4e kvartalet 2016.
- Tryg, Behandlingsforsikring Dekningsvilkår [online, april 2021]: www.tryg.no/odpdf?vilkNr=05UUL41801&vilk=Behandlingsforsikring-Dekningsvilkaar.
- Uppsala Universitets remissvar på Ds 2016:29, dnr UFV 2016/1552.
- Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.
- Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet 2019-12-18, UHM-2019-0284.
- Villkorsavtal-T mellan Arbetsgivarverket och Saco-S, i lydelse från och med 2013-06-01, med ändringar och tillägg till och med 2018-11-28.
- Visions förbundsmöte den 24–26 september 2020. *Motion 53 Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*.
- Vård- och omsorgsanalys remissvar på Ds 2016:29.
- Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.
- Västra Götalandsregionen, Regionfullmäktiges beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård, RS 2020-03968).
- WHO (2018). *Global Health Expenditure Database (GHED)* [online, april 2021]: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

Kommittédirektiv 2020:83

Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 20 augusti 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredaren ska 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 och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

Uppdraget att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, lagfästs huvudprinciper för svensk hälso- och sjukvård. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

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

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen kommer till uttryck i 3 kap. 1 § andra stycket HSL där det anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffektivitetsprincipen kommer till uttryck i 4 kap. 1 § HSL enligt vilken offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, se propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60 s. 21). Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

Regeringen gav den 16 januari 2020 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med

privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten redovisade sitt uppdrag i rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar* (2020:3). I rapporten konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och vården, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Regeringen ser med oro på den rådande situationen. En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, 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,
- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
- analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Konsekvensbeskrivningar

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Konsekvenserna av utredarens förslag ska redovisas i enlighet med kommittéförfordningen (1998:1474). Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i sitt arbete föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.
80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]
- Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]
- Mikroföretagarkonto
– schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]
- Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]
- En god kommunal hushållning.
+ Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]
- En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

- Sveriges säkerhet
– behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamåls-
enlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]
- Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]
- Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag
– En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse
för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna.
Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av
brottmålsdomar mot tredjelandsmed-
borgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lag-
föring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]
- En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
- Ett förstärkt skydd mot sexuella
kränkningar. [43]
- Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]
- Kommuner mot brott. [49]
- Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]
- Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]
- Nya regler om utländska föräldraskap och
adoption i vissa fall. [56]
- Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]
- Utvisning på grund av brott – ett skärpt
regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]
Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]
Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]
EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]
Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]
Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]
Använd det som fungerar. [26]
I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]
Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]
En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]
Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]
Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]
Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]
Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]
VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]
Tillgänglighetsdirektivet. [44]
Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]
Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. [69]
Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]
Utbildningsdepartementet
Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]
Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett
tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet
av en ny årskurs 1 i grundskolan,
grundsärskolan, specialskolan och
sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forsknings-
infrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas
tillgång till kunskap. [70]

Högskoleprovets organisation
och styrning. [72]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Våxel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0228-0 ISSN 0375-250X

1137 (1162)

Ömslag: Elanders Sverige AB
Bild: Julia Norsk



16

Återrapportering av uppdrag
från hälso- och
sjukvårdsnämndens
beredningar
21RS10535

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10535

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna återrapporteringarna av uppdrag från beredningarna.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tilldelat de tre beredningarna ansvaret för ett antal uppdrag under 2021. Med anledning av uppdragen har rapporter sammanställts och överlämnats till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso-och sjukvårdsnämnden 2021-01-21, Återrapportering av uppdrag

Rapport från beredning för närsjukvård

Rapport från beredning för somatisk specialiserad vård och högspecialiserad vård

Rapport från beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Beredning för närsjukvård

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-10-2730

Beteckning
Dnr: 21RS9542

Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021

Inledning

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel är ett av de beredningsorgan som finns till hälso- och sjukvårdsnämnden. Syftet med beredningarna är att stödja och bistå nämnden, förbättra och möjliggöra kunskapsfördjupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2021 fick nämndens samtliga tre beredningar i uppdrag att:

- beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen
- följa processerna kring coronapandemin,

Dessutom tilldelades beredningen för psykiatri, habilitering och hjälpmedel tillsammans med beredningen för närsjukvård följande uppdrag:

- Följa processen med att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom närsjukvården
- Följa arbetet med produktions och kapacitetsplanering samt övrigt utvecklingsarbete av psykiatrisk vård för barn och unga vuxna inklusive förbättrad tillgänglighet till neuropsykiatriska utredningar

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i verksamhetsplanen ett antal uppdrag som skulle göras i samråd med berörda beredningar. Av dessa uppdrag är följande relevanta för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att:

- Arbeta för att vården av äldre både i den akuta och långsiktiga vårdkedjan ska förbättras i både vårdens övergångar och gentemot externa vårdgivare för att öka kontinuitet och samordning. Detta kan ske genom att bl.a. utveckla primärvårdens möjligheter till hembesök som ett förstahandsalternativ, mobila lösningar som utgår från specialistvården som ett komplement, ge möjligheter till direktinläggning på sjukhus och korttidsvård samt en samordnad planering tillsammans med patient och anhörig.

- Arbeta med att förstärka första linjen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga
- Fortsätta utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, bland annat genom att införa den så kallade basplattan
- Tillsammans med förvaltningen för regional utveckling göra en översyn av regelverket kring resor till och från vården.
- I enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård
- Utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov

Rapportering av uppdrag

Uppdrag till samtliga beredningar:

Beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen.

Målbild 2030 har med jämna mellanrum behandlats på beredningens sammanträden. Uppdraget har startats och bedöms vara klart vid årets slut.

Följa processerna kring coronapandemin.

Beredningen har på sammanträden kontinuerligt tagit del av rapporter om arbetet kring pandemin. Uppdraget har startat och bedöms vara klart vid årets slut.

Uppdrag till beredningen för psykiatri, habilitering och hjälpmedel tillsammans med beredningen för närsjukvård

Följa processen med att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom närsjukvården

Mot bakgrund av aktuell pandemi pausades arbetet i väntan på att kunna frigöra personal från covidvården innan arbetet kunde återupptas. Under sista kvartalet 2021 återupptas arbetet, men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Beredningen har getts information vid sammanträde 30 november 2021.

Följa arbetet med produktions- och kapacitetsplanering samt övrigt utvecklingsarbete av psykiatrisk vård för barn och unga vuxna inklusive förbättrad tillgänglighet till neuropsykiatriska utredningar

Arbete kring produktions- och kapacitetplanering pågår inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Uppföljning sker på verksamhets- enhets- och medarbetarnivå. Arbetet med att tydliggöra och effektivisera vårdprocesser samt skapa följsamhet till nationell kunskapsstyrning fortgår. Nivåstrukturerings- och neuropsykiatriska utredningar har påbörjades januari 2021 vilket har lett till bättre effektivitet i användning av resurser. Med det nya arbetssättet har väntetider för neuropsykiatriska utredningar förkortats. Behov av fortsatt utvecklings- och effektiviseringsarbete krävs dock då inflödet av utredningsärenden fortfarande är mycket högt.

I arbetet att öka tillgänglighet har öppenvårdsenheterna inom BUP intensifierat arbetet med "Öppna tidböcker". Det innebär att tillgängliggöra besökstider på ett mer effektivt sätt som exempelvis underlättar och förkortar ledtider vid ombokningar.

Beredningen har kontinuerligt under året getts information om detta arbete.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Uppdrag till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Att arbeta för att vården av äldre både i den akuta och långsiktiga vårdkedjan ska förbättras i både vårdens övergångar och gentemot externa vårdgivare för att öka kontinuitet och samordning. Detta kan ske genom att bland annat utveckla primärvårdens möjligheter till hembesök som ett förstahandsalternativ, mobila lösningar som utgår från specialistvården som ett komplement, ge möjligheter till direktinläggning på sjukhus och korttidsvård samt en samordnad planering tillsammans med patient och anhörig.

Pandemin har inneburit ett ökat fokus på behov av medicinska insatser till äldre med omfattande behov. Som en förbättringsåtgärd kopplat till den kritik som kom från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kopplat till vården av äldre under pandemin har en ny funktion som äldreomsorgsöverläkare tillsatts, kopplad till Regionens hälsovalsenhet. Primärvårdens möjligheter till hembesök behöver också stärkas och kompletteras av insatser från de mobila teamen. De mobila närsjukvårdsteamerna i väster och Örebro utvecklas och stärks. I södra länsdelen pågår ett arbete för att se hur frågan runt förbättrad mobilitet ska lösas. I norra länsdelen är närsjukvårdsteamet tillfälligt pausat på grund av personalbrist. Under hösten ska en genomlysning av den mobila sjukvården på primärvårdsnivå genomföras.

På Tullhuset i Örebro pågår i samverkan med kommunen ett försök med direktinläggning på kommunal korttidsplats för patienter som annars skulle hamna på sjukhus.

En struktur med metodhandledare för ViSam-modellen håller på att ta form där nyckelpersoner i specialiserad vård och primärvård tillsammans med motsvarigheter i

kommunen får ett uppdrag att säkra processerna runt samverkan vid in- och utskrivning ute i de olika verksamheterna.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Arbeta med att förstärka första linjen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga

Arbetet med att förstärka möjligheterna för barn och unga att få rådgivning, bedömning, utredning och behandling för psykisk ohälsa inleddes i mars 2021. En arbetsgrupp tillsättes med representanter från Område Nära vård och Område psykiatri, vars arbete utgår utifrån Helseplans utvärdering under 2020 och från utredning "En sammanhållen god och nära vård för barn och unga" samt från omvärldsspaning.

Arbetet har utmynnat i två utvecklingsarbeten:

- Skapa en gemensam ingång, "Första kontakten, psykisk ohälsa barn och unga" med en sammanhållen triagering/bedömning och rådgivning för barn och unga med psykisk ohälsa, oavsett organisation. Verksamheten kommer organisatoriskt ligga under Område Psykiatri
- Förstärka första linjen inom Område Nära vård genom om att skapa en verksamhet, "Mottagning för psykisk ohälsa, barn och unga", med lokala noder i länsdelarna för länets barn och unga vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Båda verksamheterna har som mål och syfte att kunna ge en effektiv, tillgänglig, likvärdig och kvalitativ vård efter behov till länets barn och unga med psykisk ohälsa.

Arbetet är nu inne i en intensiv planeringsfas. Dialoger och samverkan sker med verksamheter inom Region Örebro län samt verksamheter inom länets kommuner, såsom skola, sociala tjänst och elevhälsa.

Planering är att verksamheterna startar mars 2022. Fortsatt utveckling av de båda verksamheterna kommer att krävas under kommande år för att nå syfte och mål.

Beredningen har fått information om arbetet vid en Temadag 1 september som genomfördes tillsammans med Beredningen för närsjukvård.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut.

Fortsätta utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, bland annat genom att införa den så kallade basplattan

Beslut har fattats av hälso- och sjukvårdsledningen avseende införande av basplattan samt levnadsmottagningar. För att kunna realisera detsamma behöver personal frigöras från covid-vården samt riktade medel avsättas för att göra det möjligt att rekrytera

riktad personal för att förstärka det hälsofrämjande arbetet på för detta särskilt riktade Levnadsmottagningar. Medel för detta har avsatts i budgeten.

Implementeringsforskning för att integrera levnadsvanearbete i den kliniska vardagen inom primärvård har påbörjats. Fördjupade underlag för digital levnadsvanemottagning och fysiska levnadsvanemottagningar har tagits fram och presenterats för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Beslut om införandestart och omfattning inte taget. Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Tillsammans med förvaltningen för regional utveckling göra en översyn av regelverket kring resor till och från vården.

Arbetet har inletts och pågår.

I enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård

Arbetet med hälso- och sjukvårdens nya organisation pågår. En samlad primärvård ger förutsättningar för ett mer samlat grepp om primärvårdens utveckling. Omställningen till nära vård är inte en isolerad angelägenhet för primärvården utan kräver även involvering av det som idag är traditionell sjukhusvård och akutverksamhet för att få en helhet som blir hållbar över tid. En utmaning för primärvården är kompetensförsörjning, i synnerhet rekrytering av specialister i allmänmedicin.

Primärvårdens roll som nav i den nära vården behöver ske i samverkan med kommunerna. Under våren 2021 har ett gemensamt arbete med länets kommuner påbörjats för att ta fram en gemensam målbild som ska vara klar vid årsskiftet. Målbilden blir en grund i den överenskommelse om sjukvård i hemmet som är på väg att tas fram. Som ett första steg i överenskommelsen pågår ett arbete med några samverkansfrågor som varit svåra att lösa ut tidigare vilka är samverkan runt barn med omfattande behov, gränssnitt för rehabilitering samt ansvarsfördelning runt nutritionsfrågor.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart.

Utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov

Samtliga stödjande resurser i form av verksamhetcontrollers finns nu organiserade inom ekonomistab och vid produktionsenheten under ledning av en ny produktionschef. Utformning av enhetlig process kring produktions- och kapacitetsplanering kommer att vara klar under året samtidigt som en implementering

mot verksamheterna påbörjas och fullföljs under kommande år. Detta utvecklingsarbete är en viktig grundbult till en långsiktig strategi för hållbar verksamhet och ekonomi.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Medborgardialog

Under våren 2021 genomförde beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel tillsammans med Beredning för närsjukvård medborgardialoger där målgruppen bestod av ungdomar och unga vuxna i länet. Syftet med medborgardialogerna var att få kunskap om hur unga i åldern 18-25 år tänker och funderar kring psykisk ohälsa men också få förslag och underlag för förbättringsåtgärder inom nära vården och psykiatrin. Efter en förstudie genomfördes 19 videomöten på olika digitala plattformar med 48 personer.

En del av beredningens specifika uppdrag är att ”möta och utveckla samarbete med andra aktörer och invånare avseende regiondelarnas nära hälso- och sjukvård”, inom vilket medborgardialoger kan rymmas. Vikten av samarbete mellan olika delar av sjukvård, skola och civilsamhälle samt förebyggande arbete är också något som lyftes i dialogerna. Efter beslut vid sammanträdet den 15 september överlämnades rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Avslutning

Sammanfattningsvis har 2021 varit ett mycket speciellt år för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Den pågående pandemin har i stor omfattning påverkat förvaltningens arbete. Den har också på flera sätt påverkat beredningens sammanträden. Under en stor del av året har fysiska möten inte varit möjliga att genomföra, och möjligheten att få föredragningar från förvaltningen har också begränsats av pandemin.

Beredningens intention inför 2022 är att tillsammans med övriga beredningar bli en aktiv, stödjande och kunskapsfördjupande del i Region Örebro läns arbete med strategiska åtgärder för en budget i balans parallellt med nödvändiga prioriteringar för fortsatt hög kvalitet och tillgänglighet.

Carina Dahl
Ordförande
Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel



Sammanträdesdatum
2021-11-25

Beteckning
Dnr: 21RS8693

Beredning för somatisk specialistvård
och högspecialiserad vård

Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021, beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård

Inledning

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård är ett av de beredningsorgan som finns till hälso- och sjukvårdsnämnden. Syftet med beredningarna är att stödja och bistå nämnden, förbättra och möjliggöra kunskapsfördjupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2021 tilldelas Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett antal uppdrag. Uppdragen ska enligt verksamhetsplanen göras i samråd med berörda beredningar.

De uppdrag som berör Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård redovisas nedan.

Rapportering angående uppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för specialiserad vård får i uppdrag att följa den nationella processen kring högspecialiserad vård och proaktivt stödja nämnden i övergripande prioriteringsarbeten och ansökningsförfaranden.

Den nationella processen kring högspecialiserad vård är en flerårig process. Möjliga verksamhetsområden som regionen bör ansöka om förbereds i beredningen för specialiserad vård. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en styrgrupp samt en arbetsgrupp bildats för att bedöma, samordna och underlätta ansökningsförfaranden. För närvarande bereds två ansökningar,

peniscancer och neuromuskulära sjukdomar, som nämnden har tagit ställning till. Ansökningarna är inskickade till Socialstyrelsen.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att i enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med specialiserad och högspecialiserad vård, inkluderande bl.a. utvecklandet av traumaverksamheten och arbetet med trombektomi.

Akut strokebehandling med trombektomi har startat i ett nybyggt neurointerventionslab på USÖ. En neurokirurgisk klinik bildas under hösten och organisationen av ett traumacentrum håller på att ta form. Volym och upptagningsområde för ryggkirurgi utökas under året till följd av nyrekryterad kompetens inom området. Nya lokaler har tagits i bruk, i H-huset på USÖ, för fortsatt utveckling av befintlig högspecialiserad vård.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar får i uppdrag att beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen.

Målbild 2030 har med jämna mellanrum behandlats på beredningens sammanträden. Uppdraget har startats och bedöms vara klart vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar får i uppdrag att följa processerna kring coronapandemin.

Beredningen har på sammanträden kontinuerligt tagit del av rapporter om arbetet kring pandemin. Uppdraget har startat och bedöms vara klart vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att i enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att ta fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god, nära och samordnad vård.

Arbetet med hälso- och sjukvårdens nya organisation pågår. En samlad primärvård ger förutsättningar för ett mer samlat grepp om primärvårdens utveckling. Omställningen till nära vård är inte en isolerad angelägenhet för primärvården utan kräver även involvering av det som idag är traditionell sjukhusvård och akutverksamhet för att få en helhet som blir hållbar över tid.

En utmaning för primärvården är kompetensförsörjning, i synnerhet rekrytering av specialister i allmänmedicin.

Primärvårdens roll som nav i den nära vården behöver ske i samverkan med kommunerna. Under våren 2021 har ett gemensamt arbete med länets kommuner påbörjats för att ta fram en gemensam målbild som ska vara klar vid årsskiftet. Målbilden blir en grund i den överenskommelse om sjukvård i hemmet som är på väg att tas fram. Som ett första steg i överenskommelsen pågår ett arbete med några samverkansfrågor som varit svåra att lösa ut tidigare vilka är samverkan runt barn med omfattande behov, gränssnitt för rehabilitering samt ansvarsfördelning runt nutritionsfrågor.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov.

Samtliga stödjande resurser i form av verksamhetcontrollers finns nu organiserade inom ekonomistab och vid produktionsenheten under ledning av en ny produktionschef. Utformning av enhetlig process kring produktions- och kapacitetsplanering kommer att vara klar under året samtidigt som en implementering mot verksamheterna påbörjas och fullföljs under kommande år. Detta utvecklingsarbete är en viktig grundbult till en långsiktig strategi för hållbar verksamhet och ekonomi.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Övrig uppföljning

Under året har beredningen genomfört ett planeringsarbete för en medborgardialog. Dialogen kommer att handla om upplevd delaktighet i sin behandling för patienter med kroniska sjukdomar och kommer att genomföras vintern 2021-våren 2022.

Dessutom har Beredningen bland annat informerats om handlingsplanen för ekonomi i balans, jourförändringen i Lindesberg, utmaningar kring dyra läkemedel, etikrådet, patientsäkerhet samt utvärderingar från bland annat ortopedkliniken.

Avslutning

Sammanfattningsvis har första halvåret av 2021, precis som år 2020, varit ett mycket speciellt år för Beredning för somatisk specialistvård och

högspecialiserad vård. Den pågående pandemin har i stor omfattning påverkat förvaltningens arbete. Den har också på flera sätt påverkat beredningens sammanträden. Fysiska möten har varit begränsade att genomföra fram till och med september 2021, och möjligheten att få föredragningar från förvaltningen har också begränsats av pandemin.

Beredningens intention inför 2022 är att tillsammans med övriga beredningar bli en aktiv, stödjande och kunskapsfördjupande del i Region Örebro läns arbete med strategiska åtgärder för en budget i balans parallellt med nödvändiga prioriteringar för fortsatt hög kvalitet och tillgänglighet.



Återrapportering av uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden

Beredning för närsjukvård

Version: 1

Återrapportering av uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden

Beredning för närsjukvård

Eva Åkesson Enelo

2021-09-23

Innehåll

1.	Inledning.....	4
2.	Redovisning av uppdrag för 2021	4
3.	Medborgardialog	8
4.	Avslutning.....	9

1. Inledning

Beredning för närsjukvård är en av tre beredningar som hälso- och sjukvårdsnämnden har till sitt förfogande för att bereda ärenden. Beredningarnas uppdrag framgår av dokumentet ”Bestämmelser för politiska organ inom Region Örebro län” som antogs av regionfullmäktige 2018. Syftet med beredningarna är att stödja och bistå nämnden, förbättra/möjliggöra kunskapsfördjupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer. Beredningarna har inte något beslutsmandat, utöver budgeten för den egna verksamheten.

I hälso- och sjukvårdsnämndens och hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget för 2021 listas ett antal uppdrag där beredning för närsjukvård berörs.

2. Redovisning av uppdrag för 2021

Nedan redovisas beredning för närsjukvårds uppdrag för 2021 tillsammans med en kort redovisning av uppdraget.

Ur hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget, s 9:

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar får i uppdrag att:

1. *beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen*

Svar: De olika delarna i målbild 2030 är återkommande delar av beredningarnas arbete och kommer till exempel till uttryck i beredningarnas inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget för 2022.

-
2. *följa processerna kring coronapandemin,*

Svar: Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut. Rapporter om arbetet kring pandemin har funnits med på beredningens sammanträden under året: den 3 februari, 10 mars, 5 maj, 15 september, 20 oktober samt 17 november.

Hälso- och sjukvårdens beredning för närsjukvård får i uppdrag att:

3. *följa utvecklingen av ett mer likvärdigt arbetssätt runt SIP i syfte att skapa trygghet för patienter med omfattande behov*

Svar: Beredningen informerades om arbetet vid sammanträde den 5 maj 2021.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Antalet personer som erbjuds en SIP är fortsatt lågt i länet och har minskat ytterligare under pandemin. Det finns också en stor variation mellan verksamheterna i hur många SIP som upprättas.

I samband med att lagen om samverkan vid utskrivning trädde i kraft tillsattes vårdsamordnare vid länets vårdcentraler för att leva upp till kravet på fast vårdkontakt i primärvården. För att stärka och få en likvärdighet i rollen som vårdsamordnare över länet finns en verksamhetsutvecklare på plats sedan i början av året. Som ett första steg har en gemensam uppdragshandling tagit fram som skapar förutsättningar att arbeta mer likvärdigt runt SIP. Dessutom pågår flera arbeten lokalt i syfte att förbättra den individuella planeringen för patienten.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård får i uppdrag att:

4. följa processen med att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom ett närsjukvårdsområde
-

Svar: Beredningen har getts information vid sammanträde 10 mars 2021.

Mot bakgrund av aktuell pandemi pausades arbetet i väntan på att kunna frigöra personal från covidvården innan arbetet kunde återupptas. Under sista kvartalet 2021 planeras arbetet att återupptas, men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att:

5. Arbeta för att vården av äldre både i den akuta och långsiktiga vårdkedjan ska förbättras i både vårdens övergångar och gentemot externa vårdgivare för att öka kontinuitet och samordning. Detta kan ske genom att bl.a. utveckla primärvårdens möjligheter till hembesök som ett förstahandsalternativ, mobila lösningar som utgår från specialistvården som ett komplement, ge möjligheter till direktinläggning på sjukhus och korttidsvård samt en samordnad planering tillsammans med patient och anhörig.
-

Svar: Beredningen informerades om arbetet vid sammanträdet den 15 september 2021.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Pandemin har inneburit ett ökat fokus på behov av medicinska insatser till äldre med omfattande behov. Som en förbättringsåtgärd kopplat till den kritik som kom från IVO kopplat till vården av äldre under pandemin finns ett förslag att tillsätta en ny funktion som äldrevårdsöverläkare kopplat till Regionens hälsovalsenhet. Primärvårdens möjligheter till hembesök behöver också stärkas och kompletteras av insatser från de mobila teamen. De mobila närsjukvårdsteamerna i väster och Örebro utvecklas och stärks. I södra länsdelen pågår ett arbete för att se hur frågan runt förbättrad mobilitet ska lösas. I norra länsdelen är närsjukvårdsteamet tillfälligt pausat på grund av personalbrist. Under hösten ska en genomlysning av den mobila sjukvården på primärvårdsnivå genomföras.

På Tullhuset i Örebro pågår i samverkan med kommunen ett försök med direktinläggning på kommunal korttidsplats för patienter som annars skulle hamna på sjukhus.

En struktur med metodhandledare för ViSam-modellen håller på att ta form där nyckelpersoner i specialiserad vård och primärvård tillsammans med motsvarigheter i kommunen får ett uppdrag att säkra processerna runt samverkan vid in-utskrivning ute i de olika verksamheterna.

6. Arbeta med att förstärka första linjen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga

Svar: Beredningen har fått information om arbetet vid sammanträde den 10 mars och den 15 september.

Arbetet med att förstärka möjligheterna för barn och unga att få rådgivning, bedömning, utredning och behandling för psykisk ohälsa inleddes i mars 2021. En arbetsgrupp tillsattes med representanter från Område Nära vård och Område psykiatri, vars arbete utgår utifrån Helseplans utvärdering under 2020 och från utredningen "En sammanhållen god och nära vård för barn och unga" samt från omvärldsspaning.

Arbetet har utmynnat i två utvecklingsarbeten:

- Skapa en gemensam ingång, "Första kontakten, psykisk ohälsa barn och unga" med en sammanhållen triagering/bedömning och rådgivning för barn och unga med psykisk ohälsa, oavsett organisation. Verksamheten kommer organisatoriskt ligga under Område Psykiatri
- Förstärka första linjen inom Område Nära vård genom att skapa en verksamhet, "Mottagning för psykisk ohälsa, barn och unga", med lokala noder i länsdelarna för länets barn och unga vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Båda verksamheterna har som mål och syfte att kunna ge en effektiv, tillgänglig, likvärdig och kvalitativ vård efter behov till länets barn och unga med psykisk ohälsa.

Arbetet är nu inne i en intensiv planeringsfas. Dialoger och samverkan sker med verksamheter inom Region Örebro län samt verksamheter inom länets kommuner, såsom skola, sociala tjänst och elevhälsa.

Planering är att verksamheterna startar mars 2022. Fortsatt utveckling av de båda verksamheterna kommer att krävas under kommande år för att nå syfte och mål.

Beredningen har fått information om arbetet vid en temadag den 1 september som genomfördes tillsammans med Beredningen för psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut.

-
7. Fortsätta utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, bl.a genom att införa den s-k. basplattan
-

Svar: Beredningen informerades om arbetet vid sammanträde den 5 maj 2021.

Beslut har fattas av hälso- och sjukvårdsledningen avseende införande av basplattan samt levnadsmottagningar. För att kunna realisera detsamma behöver personal frigöras från covid vården samt riktade medel avsättas för göra det möjligt att rekrytera riktad personal för att förstärka det hälso- främjande arbetet på för detta särskilt riktade Levnadsmottagningar. Medel för detta har avsatts i budgeten.

Implementeringsforskning för att integrera levnadsvanearbete i den kliniska vardagen inom primärvård har påbörjats. Fördjupade underlag för digital levnadsvanemottagning och fysiska levnadsvanemottagningar har tagits fram och presenterats för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Beslut om införandestart och omfattning inte taget. Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Ur i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget, s. 11-12:

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård får i uppdrag att:

10. följa arbetet med produktions och kapacitetsplanering samt övrigt utvecklingsarbete av psykiatrisk vård för barn och unga vuxna inklusive förbättrad tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar
-

Svar: Beredningen gavs information om arbetet vid sammanträde den 5 maj 2021.

Arbete kring produktions- och kapacitetplanering pågår inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Uppföljning sker på verksamhets- enhets- och medarbetarnivå. Arbetet med att tydliggöra och effektivisera vårdprocesser samt skapa följsamhet till nationell kunskapsstyrning fortgår. Nivåstrukturering av neuropsykiatriska utredningar har påbörjades januari 2021 vilket har lett till bättre effektutnyttjande av resurser. Med det nya arbetssättet har väntetider för neuropsykiatriska utredningar förkortats. Behov av fortsatt utvecklings- och effektiviseringsarbete krävs dock då inflödet av utredningsärenden fortfarande är mycket högt.

I arbetet att öka tillgänglighet har öppenvårdsenheterna inom BUP intensifierat arbetet med "Öppna tidböcker". Det innebär att tillgängliggöra besökstider på ett mer effektivt sätt som exempelvis underlättar och förkortar ledtider vid ombokningar.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att:

11. I enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård

Svar: Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart. Arbetet med hälso-och hälso- och sjukvårdens nya organisation pågår. En samlad primärvård ger förutsättningar för ett mer samlat grepp om primärvårdens utveckling. Omställningen till nära vård är inte en isolerad angelägenhet för primärvården utan kräver även involvering av det som idag är traditionell sjukhusvård och akutverksamhet för att få en helhet som blir hållbar över tid. En utmaning för primärvården är kompetensförsörjning, i synnerhet rekrytering av specialister i allmänmedicin.

Primärvårdens roll som nav i den nära vården behöver ske i samverkan med kommunerna Under våren har ett gemensamt arbete med länets kommuner påbörjats för att ta fram en gemensam målbild som ska vara klar vid årsskiftet. Målbilden blir en grund i den överenskommelse om sjukvård i hemmet som är på väg att tas fram. Som ett första steg i överenskommelsen pågår arbete med några samverkansfrågor som varit svåra att lösa ut tidigare.

- Samverkan runt barn med omfattande behov
- Gränssnitt för rehabilitering
- Ansvarsfördelning runt nutritionsfrågor

-
12. Utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov

Svar: Samtliga stödjande resurser i form av verksamhetcontrollers finns nu organiserade inom ekonomistab och vid produktionsenheten under ledning av en ny produktionschef. Utformning av enhetlig process kring produktions- och kapacitetsplanering kommer att vara klar under året samtidigt som en implementering mot verksamheterna påbörjas och fullföljs under kommande år. Detta utvecklingsarbete är en viktig grundbult till en långsiktigt strategi för hållbar verksamhet och ekonomi.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

3. Medborgardialog

Under våren 2021 genomförde beredning för närsjukvård tillsammans med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel medborgardialoger där målgruppen bestod av ungdomar och unga vuxna i länet. Syftet med medborgardialogerna var att få

kunskap om hur unga i åldern 18-25 år tänker och funderar kring psykisk ohälsa men också få förslag och underlag för förbättringsåtgärder inom nära vården och psykiatri.

En del av beredningens specifika uppdrag är att *”möta och utveckla samarbete med andra aktörer och invånare avseende regiondelarnas nära hälso- och sjukvård”*¹, inom vilket medborgardialoger kan rymmas. Efter beslut vid sammanträdet den 15 september överlämnades rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden.

4. Avslutning

Precis som föregående år har den pågående pandemin präglat och påverkat såväl förvaltningens arbete som beredningens sammanträden, som till största del genomförts digitalt.

Under år 2022 är beredning för närsjukvårds intention att tillsammans med övriga beredningar bli en aktiv, stödjande och kunskapsfördjupande del i Region Örebro läns arbete med strategiska åtgärder för en budget i balans parallellt med nödvändiga prioriteringar för fortsatt hög kvalitet och tillgänglighet.

¹ Bestämmelser för politiska organ,
<https://www.regionorebrolan.se/siteassets/media/dokument/politisk-styrning/fortroendevalda-politiker/dokument/bestammelser-for-politiska-organ-2019-2022.pdf> (2021-10-07)



17

Anmälnings- och
meddelandeärenden

21RS10848

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10848

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Anmälnings- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut i upphandling av ultraljudsutrustningar, till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS3423.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal om ultraljudsutrustningar till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS6999.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut i upphandling UHLC-MS/MS, MT 2021-0008, 20RS12851.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för UHLC-MS/MS, MT 2021-0008, 21RS8873.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för endoskopisystem, MT 2021-0047, 21RS10827.
6. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om avgiftsbefrielse för läkemedel, 21RS10173, 21RS10174, 21RS10175, 21RS11425, 21RS11426.
7. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat personuppgiftsbiträdesavtal med Medtronic om tillhandahållen förvaltning, administrativa och IT-supporttjänster för Carelink Diabetes, 21RS10691.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-01-21

FöredragningsPM
Dnr: 21RS10848

8. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat kompletterande överenskommelse nummer 3 till entreprenadkontrakt, H-huset, 18RS1178-198.

9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om åtgärd för att upprätthålla verksamheten inom vaccination mot covid-19, den 4 och 5 december 2021, 20RS13628-35.

10. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avskrivning av fakturor tillhörande dödsbon, 21RS11636-21RS11649, 21RS11508-21RS11522, 21RS11650.

11. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om åtgärd för att upprätthålla verksamheten inom IVA-verksamheterna gällande covid-vårdplatser, 20RS13628-36.

12. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 2 vårdplatser på allmänpsykiatrisk avdelning 3, 2022-01-03 – 2022-05-31, 21RS1239.

13. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 6 vårdplatser på beroendecentrums avdelning 2021-12-01 – 2022-02-28, 21RS1239.

Meddelandeärenden:

1. Protokollsutdrag regionstyrelsen 2021-12-21, §310 Fördelning av medel för utökad vaccinationstäckning.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-01-21

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)



§ 310 Fördelning av medel för utökad vaccinationstäckning

Diarienummer: 21RS10104

Sammanfattning

Regeringen och Sveriges kommuner och regioner, SKR har tecknat en tilläggsöverenskommelse om vaccination mot covid-19 och avsatt medel för att SKR och regionerna ska arbeta för utökad vaccinationstäckning. Region Örebro län har erhållit 1 243 310 kronor för att finansiera insatser inom överenskommelsen. Medlen fördelas med 1 181 145 kronor till hälso- och sjukvårdsnämnden för insatser som gjorts vid vaccinationsmottagningarna och 62 165 kronor till regionstyrelsen för insatser som gjorts av Regionkansliet.

Beslutsunderlag

- Fördelning av medel för utökad vaccinationstäckning
- Regeringsbeslut I:4 - Utbetalning av medel för ökad vaccinationstäckning

Beslut

Regionstyrelsen beslutar

att fördela erhållna medel för utökad vaccinationstäckning med 1 181 145 kronor till hälso- och sjukvårdsnämnden och 62 165 kronor till regionstyrelsen.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad