

VÅRD FÖRSÄ KRING

Varför och hur?

Förord

Det är Svensk Försäkrings utgångspunkt att vård och omsorg i Sverige, i dag och i framtiden, huvudsakligen ska vara offentligt finansierad. Vårdförsäkringen står för omkring 1 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige. De vårdinsatser som utförs inom vårdförsäkringen utförs av privata vårdgivare. Den vård som ges finansieras i sin helhet genom premier från försäkringstagarna.

Svensk Försäkring får många frågor om vårdförsäkringen. Hur fungerar den? Vilka omfattas av en vårdförsäkring? Vem kan köpa en vårdförsäkring? Vi får även många frågor om hur den finansieras och hur den fungerar i relation till den offentligt finansierade vården. Det beskriver vi i denna rapport.

Stockholm i juni 2025

Eva Erlandsson, senior ekonom

Innehåll

Vad är en vårdförsäkring?	3
Hur köper man en vårdförsäkring?	4
Hur många har en vårdförsäkring?	5
Varför köper man en vårdförsäkring?	6
Vem får köpa en vårdförsäkring?.....	7
Hur fungerar en vårdförsäkring?	8
Vilken vård ges inom vårdsförsäkringen?	10
Hur mycket kostar en vårdförsäkring?	13
Hur finansieras och utförs vård i Sverige?	15

Vad är en vårdförsäkring?

Det är flera försäkringsföretag som erbjuder vårdförsäkring i Sverige. Vården utförs i sin helhet av privata vårdgivare och den vård som ges finansieras i sin helhet genom premier från försäkringstagarna.

Vårdinsatser som omfattas av försäkringen

Innehållet i försäkringarna skiljer sig något åt mellan olika försäkringsföretag, men vanligen ingår planerad specialistvård som exempelvis utredning, vård, behandling och operation, det vill säga sådan vård som även ges inom den offentligt finansierade vården. Det kan handla om fysioterapi, psykologsamtal, ortopedi, gynekologi med mera.

Vårdförsäkringen omfattar även vård och behandling, som inte alltid erbjuds av regionerna eller inte alltid ingår i regionernas vårdutbud. Exempel på det är behandlingar av kiropraktor, naprapat och specialiserad kvinnohälsa.

Privata vårdgivare utför all vård inom vårdförsäkringen

Varje försäkringsbolag 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 vårdgivare för att täcka in så många specialistområden som möjligt i hela landet.

Den vård som ges inom vårdförsäkringen finansieras i sin helhet med premier från försäkringstagarna. Ingenting av den vård som finansieras och utförs inom ramen för vårdförsäkring sker i regionens regi eller finansieras med skattemedel.

Om en skada eller sjukdom drabbar en försäkringstagare och det saknas en privat vårdgivare där hen är bosatt betalar försäkringsföretagen ersättning för utlägg för resor och logi i samband med behandling. Det gäller även för de fall där vård och/eller behandling måste ske utomlands.

Hur köper man en vårdförsäkring?

Många omfattas av en vårdförsäkring via sin anställning. Det är då arbetsgivaren som har tecknat den och betalar premien för den. Andra vanliga sätt är att teckna den via det fackförbund man tillhör. Det är även möjligt att teckna försäkringen direkt hos ett försäkringsbolag.

Att teckna en vårdförsäkring

Vårdförsäkring kan tecknas både som gruppförsäkring och individuell försäkring. En gruppförsäkring kan handlas upp av en arbetsgivare, annan organisation eller förening och kan vara obligatorisk eller frivillig för dem som ingår i gruppen.

Svensk Försäkring delar in vårdförsäkring i tre huvudgrupper beroende på hur den tecknas och betalas:

- **Arbetsgivarbetald gruppförsäkring:** Arbetsgivaren handlar upp, tecknar och betalar premien för försäkringen för sina anställda. Arbetsgivaren är försäkringstagare och de anställda är försäkrade. Försäkringen omfattar vanligen alla anställda, men de kan aktivt välja att avstå från försäkringen.
- **Gruppförsäkring:** Ett fackförbund, idrottsförening eller arbetsgivare handlar upp en försäkring för sina medlemmar eller anställda. Försäkringen är normalt frivillig och medlemmarna/de anställda kan välja om de vill teckna, och betala premien för, försäkringen.
- **Individuell försäkring:** Den enskilde begär in offert från ett försäkringsföretag och kan sedan välja att teckna och betala premien för den.

De flesta som har en vårdförsäkring har den via sin arbetsgivare som en arbetsgivarbetald gruppförsäkring. Enskilda tecknar vanligen vårdförsäkring via sitt fackförbund, givet att det har vårdförsäkring som en del i sitt medlemserbjudande. Inom SACO och TCO erbjuder flera förbund en möjlighet att teckna en vårdförsäkring. Inget förbund inom LO erbjuder sina medlemmar att teckna vårdförsäkring.

Hur många har en vårdförsäkring?

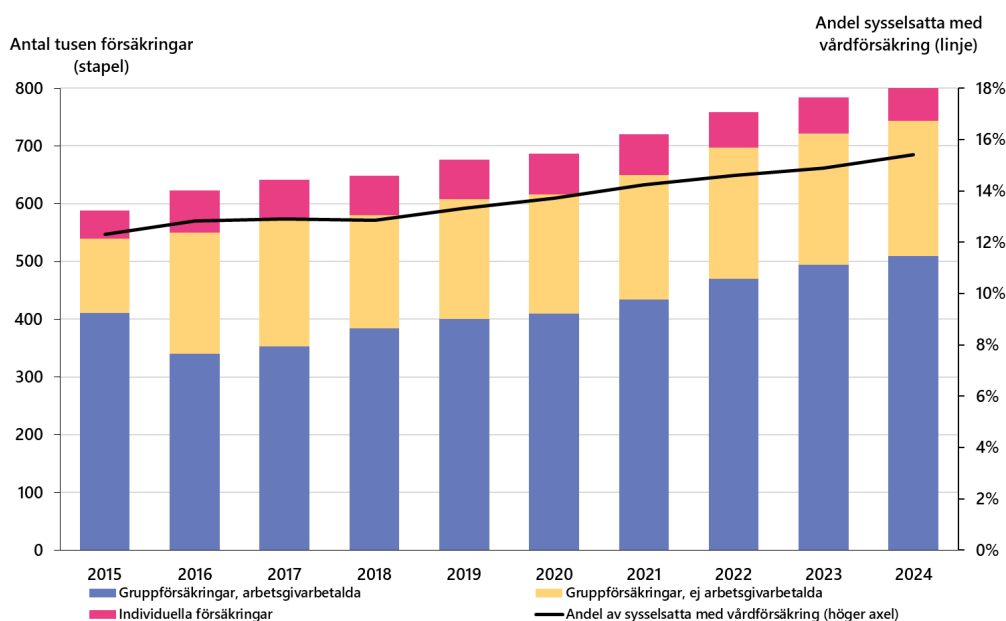
Antalet vårdförsäkringar har ökat trendmässigt under en längre tid. I slutet av 2024 hade drygt 800 000 personer en vårdförsäkring.

De flesta försäkringarna köps av arbetsgivare

Av 800 000 vårdförsäkringar (se diagram 1) får ungefär 6 av 10 försäkringstagare försäkringen betald av sin arbetsgivare, så kallad arbetsgivarbetald gruppförsäkring (blå stapel). Ungefär 3 av 10 försäkringstagare betalar för försäkringen själva och har tecknat den som en gruppförsäkring via sitt fackförbund eller via en av arbetsgivaren upphandlad försäkringslösning (gul stapel). Resterande omkring 1 av 10 har en individuell vårdförsäkring som de har köpt direkt av ett försäkringsbolag (rosa stapel) och själva betalar premien för.

Under 2024 hade drygt 15 procent av antalet sysselsatta personer i åldrarna 15–74 år en vårdförsäkring (svart linje i diagram 1). Det betalades in närmare 5,1 miljarder i premier.

Diagram 1 Antal vårdförsäkringar 2015–2024



Anm.: Sjukvårdsförsäkringar finns inom både liv- och skadeförsäkringsföretag. Den stora ökningen av gruppförsäkringar under 2016 beror huvudsakligen på en omläggning av hur grupperna definieras i statistiken.
Källa: Svensk Försäkring och SCB.

Varför köper man en vårdförsäkring?

Vårdförsäkringen bidrar till ökad trygghet för både arbetsgivare och enskilda. För arbetsgivare handlar det huvudsakligen om att minska risken för sjukdom och korta ned tiden i sjukfrånvaro. För enskilda handlar det om att trygga sin hälsa och försörjning.

Arbetsgivares ansvar enligt arbetsmiljölagen

Arbetsgivare har enligt arbetsmiljölagen ett ansvar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. I det ingår att vidta åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall i arbetet, exempelvis att svara för att den företagshälsovård, som arbetsförhållandena kräver, finns att tillgå.

Vissa vårdförsäkringar ger arbetsgivare tillgång till ett oberoende expertstöd i arbetsmiljöarbetet och, vid behov, arbetsinriktad rehabilitering. I andra fall ingår ett sådant stöd i stället i en hälsoförsäkring alternativt rehabiliteringsförsäkring. Många större arbetsgivare har både företagshälsovård och tecknar vårdförsäkring för de anställda.

I en enkätundersökning uppger närmare 70 procent av företag med 1–9 anställda att de har valt att teckna vårdförsäkring för sina medarbetare som en del i att uppfylla sitt ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering och för att den är nödvändig för företagets drift och överlevnad. Närmare 80 procent uppger att de har tecknat försäkringen för att den bidrar till att minska risken för sjukdom och bidrar till att förkorta tiden i sjukfrånvaro. Bland företag med fler än 50 anställda är det viktigaste skälet till att teckna försäkringen att den minskar risken för sjukfrånvaro och kortar ned tiden i sjukfrånvaro för de anställda.¹

Ökad trygghet för hälsa och försörjning

För enskilda är vårdförsäkringen ett sätt att få en ökad trygghet för sin hälsa och försörjning. I en nyligen genomförd studie, där samtliga svaranden har erfarenhet av både den offentligt finansierade vården och vård som de har fått via vårdförsäkringen, uppger de svarande att de uppskattar vårdförsäkringen i meningen att de upplever att kvaliteten, tillgängligheten och kontinuiteten är god.²

Flera av de svarande lyfter fram att bokningssystemet är smidigare inom vårdförsäkringen jämfört med vad som gäller inom den offentligt finansierade vården. Även det att direkt få komma till specialist vid behov (efter en medicinsk bedömning) är uppskattat. Slutligen uppgav de svarande att de upplever att deras medicinska behov tas mer på allvar inom vårdförsäkringen och att servicenivån är högre.

¹ Svenskt Näringsliv (2021), Sjukvårdsförsäkringen, tilläggsfrågor till företagarpanelen.

² Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. (2025), *How Private Health Insurance Shapes Perceptions of Public Healthcare in Sweden*.

Vem får köpa en vårdförsäkring?

Det finns inga generella begränsningar när det gäller vem som får teckna en vårdförsäkring. Det finns dock begränsningar inom försäkringen.

Vem får köpa en vårdförsäkring?

Vårdförsäkring kan vanligen tecknas från 16 år upp till 64–70 år beroende på försäkringsföretag. En person som har försäkringen sedan tidigare kan ofta behålla försäkringen livet ut, men ibland finns det begränsningar vid 80 års ålder. Att det finns begränsningar i förhållande till ålder följer av att risken för vissa skador/sjukdomar inte längre är plötslig och oförutsedd efter en viss uppnådd ålder.

För en arbetsgivarbetald gruppförsäkring gäller vanligen att den anställda ska vara fullt arbetsför när försäkringen träder i kraft för att kunna omfattas av försäkringen. För gruppförsäkring, tecknad exempelvis via medlemskap i ett fackförbund sker i vissa fall en hälsoundersökning som en del i den riskbedömning som görs. Det kan handla om att fylla i en hälsodeklaration (blankett). Beroende på utfallet kan vårdförsäkringen tecknas fullt ut eller med vissa begränsningar för en redan uppkommen skada/sjukdom. För en individuell försäkring sker alltid en hälso-undersökning.

Vad gäller om jag har symptom eller behandlas för en sjukdom/skada när jag köper försäkringen?

Det vanligaste är att en skada/sjukdom som har visat sig redan vid tillfället då försäkringen träder i kraft inte omfattas av försäkringen. När försäkringstagaren har varit symptom- och behandlingsfri under 1–2 års tid gäller försäkringen fullt ut även om den tidigare skadan/ sjukdomen skulle orsaka besvär igen.

Hur fungerar en vårdförsäkring?

Via försäkringsföretagens vårdplanering bokas den försäkrade direkt in hos en specialist för vård och behandling om det kan konstateras att det finns ett vårdbehov.

Vårdflödet inom vårdförsäkringen

Vårdplaneringen gör en bedömning av vårdbehov

Vid en inträffad skada/sjukdom kontakter den försäkrade vårdplaneringen för det försäkringsföretag som personen är försäkrad hos (se figur 1). Den första kontakten kan ske via telefon eller digitalt. Det är oftast en legitimerad sjuksköterska som svarar. De som arbetar på vårdplaneringen är antingen anställda av försäkringsföretagen eller arbetar för en privat vårdgivare som försäkringsföretaget har anlitat för vårdplaneringen.

Sjuksköterskan ställer frågor kring besvären för att kunna göra en bedömning av vilken typ av stöd/behandling som är lämplig. De bedömningar och råd som görs journalförs och personalen omfattas av patentsäkerhetslagens bestämmelser.

Det är endast om det föreligger ett medicinskt vårdbehov och vården är godkänd av försäkringsföretaget som vården kan påbörjas. I vissa fall görs bedömningen att det räcker med medicinsk rådgivning kring egenvårdråd vid enklare sjukdomstillstånd.

Figur 1 **Vårdflödet inom vårdförsäkring**



Källa: Svensk Försäkring.

Givet att vården är godkänd kan vårdplaneringen boka en tid för behandling hos en privat vårdgivare som försäkringsföretaget har samarbetsavtal med. Det förekommer även att försäkringstagaren själv, via en länk från vårdplaneringen, kan boka en tid digitalt. Den försäkrade kan inte kontakta vårdgivaren direkt och boka besök utan det sker alltid via vårdplaneringen.

Flera försäkringsföretag använder sig av bokningstjänsten Kuralink för att boka besök. Där lägger de privata vårdgivare, som försäkringsföretaget har avtal med, upp lediga tider som är tillgängliga för bokning av försäkringsföretag. Antalet lediga tider beror på efterfrågan på vård och vårdgivarna tar hänsyn till eventuella avtal med regioner.³

Kontakt/besök hos privat vårdgivare

Vården handlar oftast om inbokade fysiska besök, men det blir allt vanligare med e-vård då många försäkringstagare föredrar det. Det gäller förstås givet att det fungerar med de symptom eller den diagnos man har.

³ SOU 2021:80 s. 171, Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar.

Om vårdplaneringen gör bedömningen att skadan kräver rehabilitering hos exempelvis fysioterapeut eller naprapat godkänner vissa försäkringsföretag ett visst antal besök på förhand, exempelvis tre besök. Om ett medicinskt vårdbehov kvarstår kan fler besök godkännas efter avstämning och utvärdering av vårdplaneringen på försäkringsföretaget.

När skadan/sjukdomen är rehabiliterad/botad avslutas ärendet.

Vårdgaranti

Inom de flesta försäkringar gäller en vårdgaranti för första kontakt, det vill säga rådgivning/behandling, inom 7 arbetsdagar och för operation inom 14 till 21 arbetsdagar efter det att försäkringsföretaget har tagit ett beslut om operation. Det finns dock skillnader mellan bolag och försäkringsavtal.

Om vårdgarantin inte uppfylls lämnar försäkringsföretagen en ersättning per dag till den försäkrade. Om den försäkrade uteblir från ett besök kan hen få betala hela eller delar av avgiften för besöket.

Inom den offentligt finansierade vården är vårdgarantin 90 dagar efter remiss till specialist och ytterligare 90 dagar efter beslut om operation eller behandling, det vill säga längre än det som gäller inom vårdförsäkringen.

Vilken vård ges inom vårdförsäkringen?

De vanligaste insatserna inom försäkringen är behandling av besvär med rörelseorganen, psykologi, hud och gynekologi. Försäkringen omfattar inte akutvård, högintensiv vård, förlossning och liknande i Sverige, eftersom sådan vård i huvudsak utförs inom den offentligt finansierade vården.

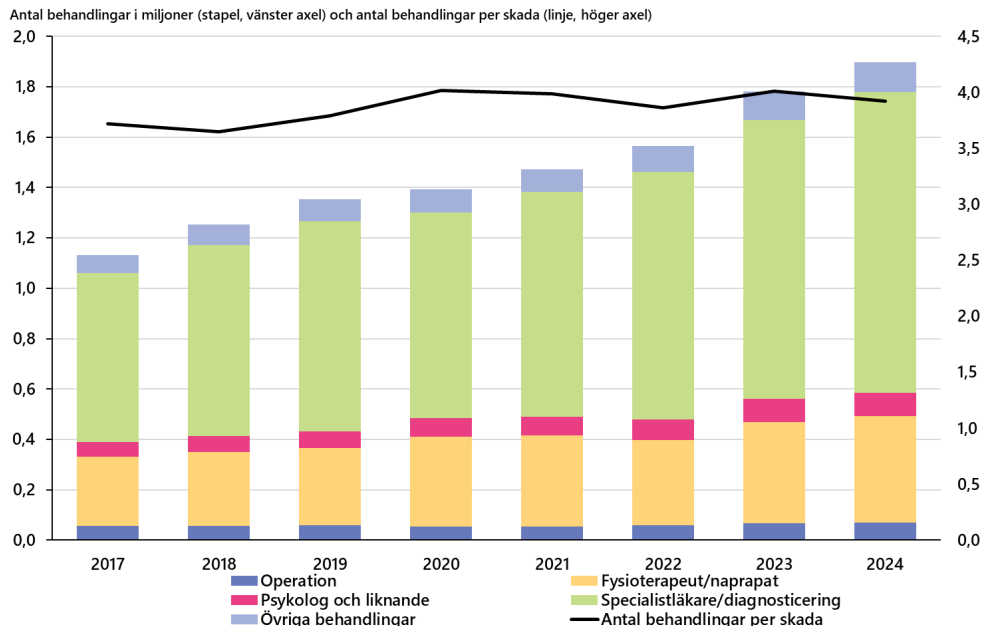
De vanligaste behandlingarna inom vårdförsäkring

Den vanligaste behandlingen inom vårdförsäkringen är inom fysioterapi/naprapati/kiropraktik, som står för drygt 20 procent av den vård som ges inom vårdförsäkring (se diagram 2). Vissa av dessa tjänster utförs av naprapater och kiropraktorer, något som inte ingår i alla regioners vårdutbud.

Under 2024 betalades det ut försäkringsersättning för drygt 480 000 skador och det utfördes omkring 70 000 operationer och 1,9 miljoner behandlingar. I genomsnitt utfördes 4 behandlingar per skada (svart linje). Samtliga vårdinsatser finansieras genom premier till vårdförsäkringen.

Under 2024 utfördes närmare 420 000 behandlingar för 87 000 skador inom fysioterapi (gul stapel). Det näst vanligaste är besök hos psykolog som uppgick till drygt 90 000 behandlingar (rosa stapel). Andra vanliga specialistbesök (grön stapel) är inom hud, öron/näsa/hals, gynekologi/urinvägar och ögon.

Diagram 2 Antal utförda behandlingar inom vårdförsäkringen 2017–2024



Källa: Svensk Försäkring.

Av det totala antalet operationer (offentligt finansierade och försäkringsfinansierade) som utförs inom ortopedi står försäkringsföretagen för omkring 6–7 procent.⁴

⁴ SOU 2021:80, s. 167, Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar.

Är den vård som utförs inom vårdförsäkringen nödvändig?

Alla insatser inom vårdförsäkringen föregås av en medicinsk bedömning på motsvarande sätt som inom den offentligt finansierade vården. Vården utförs endast om det kan konstateras att den är medicinskt motiverad, det vill säga det finns ett behov av vård. Det innebär att all den vård som utförs inom vårdförsäkringen i annat fall skulle ha behövt ske inom den offentligt finansierade vården.

Flera av försäkringsföretagen arbetar vid behov med oberoende medicinska granskningar i syfte att följa upp kvaliteten samt för att säkerställa att all vård och behandling är medicinskt motiverad och evidensbaserad. Granskningen genomförs av svenska medicinska rådgivare som är specialistläkare. Hur den medicinska granskningen görs skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen. Det kan även handla om ett kvalitetsarbete genom utvärdering av de behovsbedömningar som har gjorts.

Diagnostisering och behandling av cancer och kroniska sjukdomar

Cancer

Det finns inga generella undantag för cancerdiagnoser inom de vårdförsäkringar som erbjuds av försäkringsföretagen. De vanligaste cancerdiagnoserna för vilka patienter erhåller vård och behandling är prostatacancer och olika typer av hudtumörer/elakartade nevus, men det förekommer även behandling av bröstcancer, mag- och tarmtumörer, mjukdeltumörer och vissa sarkom⁵.

Behandling kan ingå om den finns att tillgå hos privata vårdgivare. Om diagnosen kräver högspecialiserad vård, som inte finns att tillgå inom den privatfinansierade vården, exempelvis strålbehandling, remitteras patienten vidare till den offentligt finansierade vården eller till en privat vårdgivare i utlandet. Vid det sistnämnda ersätter försäkringen behandlings-kostnader för vad motsvarande skulle kostat i Sverige.

Många av försäkringsföretagen erbjuder möjlighet till en "second opinion" av en oberoende specialistläkare i deras nätverk av vårdgivare. Därutöver erbjuds samtalsstöd med psykolog och medicinsk rehabilitering efter behandlingen.

Kroniska sjukdomar

Flera försäkringsföretag har inte något generellt undantag för kroniska sjukdomar. Givet kravet på att den försäkrade ska ha varit fri från symptom och inte stått under behandling under 12 till 24 månader omfattas kroniska sjukdomar i praktiken inte av vårdförsäkringen om den har visat sig innan försäkringen tecknades och trätt i kraft.

⁵ Samlingsnamn för drygt 50 olika cancersjukdomar.

Vårdinsatser som inte utförs inom vårdförsäkringen

Det finns ett antal områden där vårdförsäkringen vanligen inte gäller: akutvård, högspecialiserad vård, palliativ vård (vård i livets slutskede), intensivvård (IVA). Dessa vårdinsatser utförs endast inom den offentligt finansierade vården i Sverige. Utredning och behandling av sjukdom som omfattas av smittskyddslagen omfattas inte av vårdförsäkringen.

Kosmetisk behandling och operation utan särskilda skäl, korrigering av brytningsfel i öga och graviditetskontroll utförs inte inom vårdförsäkringen. Kosmetisk behandling/operation kan utföras om det handlar om exempelvis bröstrekonstruktion efter en bröstcanceroperation.

Hur mycket kostar en vårdförsäkring?

Premien (priset) på försäkringen beror på under vilka förhållanden försäkringen tecknas, vad försäkringen innehåller, riskfaktorer och på hur hög självrisk den är.

Faktorer som har betydelse för premiens nivå

Premiens nivå beror på hur omfattande försäkringen är och övriga villkor som gäller för försäkringen, exempelvis om det finns en självrisk och hur hög den är. Den försäkrades ålder har också betydelse då det förväntade behovet av hälso- och sjukvård ökar med åldern. Det innebär att premien ökar med stigande ålder.

De flesta vårdförsäkringar, omkring 85 procent, tecknas med självrisk. Det innebär att den försäkrade betalar ett visst belopp när hen använder försäkringen. Självrisk kan variera men ligger vanligen mellan 500 och 1 500 kronor. Det utgår en självrisk per skada. Premien för en försäkring med självrisk är lägre jämfört med om försäkringen är utan självrisk.

Om det är en arbetsgivarbetald försäkring är det arbetsgivaren som tecknar och betalar premien för försäkringen. Premien varierar beroende på antalet anställda och deras ålder. Den ligger vanligen på mellan 300 och 500 kronor per månad och anställd, men det varierar beroende på försäkringens omfattning, om den är med eller utan självrisk, samt hur hög den är. När försäkringen används är det vanligen försäkringstagaren, det vill säga den anställda som betalar självrisk.

Om försäkringen tecknas som en gruppförsäkring via exempelvis ett medlemskap i ett fackförbund, eller via en, av arbetsgivaren upphandlad försäkring, är det den enskilde som tecknar och betalar premien för försäkringen.

Förmånsbeskattning av arbetsgivarbetald vårdförsäkring

Den 1 juli 2018 infördes förmånsbeskattning av vårdförsäkring. Det innebär att en anställd, för vilken arbetsgivaren tecknar och betalar premien för vårdförsäkringen, beskattas för den förmånen.

Förmånen av sjukvårdsförsäkring värderas i ett första steg till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, vilket är premien för försäkringen. Den anställda förmånsbeskattas för 60 procent av premien medan resterande 40 procent inte utgör underlag för förmånsbeskattning. Uppdelningen (60/40) följer av en schablonberäkning där uppskattningsvis 40 procent av premien avser förebyggande eller rehabiliterande insatser, som enligt lag är skattefria då de är en del i arbetsgivarens ansvar enligt arbetsmiljölagen.

För arbetsgivare är premien en avdragsgill kostnad. Det utgår arbetsgivaravgift på den del av premien som utgör underlag för förmånsbeskattning, det vill säga 60 procent av premien.

Förmånsbeskattningen innebär att om premien uppgår till 500 kronor så förmånsbeskattas den anställda för 300 kronor (Tabell 1). Med en marginalskatt på 30 procent blir det 90 kronor per månad. Med en marginalskatt på 50 procent blir det 150 kronor per månad.

Tabell 1 **Förmånsbeskattning vårdförsäkring betald av arbetsgivare, kronor/månad**

	Maginalskatt 30 %	Marginalskatt 50 %
Premie	500 kronor	500 kronor
Förmån	300 kronor	300 kronor
Skatt	90 kronor	150 kronor

Vårdförsäkring med remisskrav

En del försäkringsföretag på den svenska marknaden erbjuder vårdförsäkring med remisskrav. Premien är då lägre jämfört med en försäkring utan remisskrav.

En försäkring med remisskrav innebär att den försäkrade behöver ha en remiss från en läkare inom den offentligt finansierade primärvården för att vårdansvaret ska lämnas över till läkare inom specialistvården.

Förfarandet är detsamma som inom den offentligt finansierade vården, det vill säga att läkaren gör en medicinsk utredning för att konstatera vilket vårdbehov som föreligger. Givet att läkaren gör bedömningen att patienten behöver remitteras till specialist kan den försäkrade/patienten be att få en kopia av remissen, alternativt ladda ner den från 1177, och därefter använda den i kontakten med sitt försäkringsbolag. Försäkringsbolaget kan neka vård om remissen inte bedöms vara tillräckligt underbyggd med en tillfredsställande medicinsk utredning.

Det är viktigt att remissen även går till den offentligt finansierade vården, eftersom försäkringen kan ha undantag för den vård/sjukdom som den försäkrade behöver hjälp med, alternativt inte omfattas till följd av att sjukdomen hade uppstått innan försäkringen tecknades.

Hur finansieras och utförs vård i Sverige?

Offentligt finansierad vård och vård via vårdförsäkringen är två olika vägar till vård. Finansiering av den offentliga vården sker via skatter och avgifter. Vård som ges via vårdförsäkringen finansieras i sin helhet via premier. Det går inte att, via en vårdförsäkring, köpa sig förtur till den offentligt finansierade vården.

Nedan ges en mycket förenklad beskrivning av två olika vägar till vård i Sverige, till den offentligt finansierade vården och vård via vårdförsäkring.

Den offentligt finansierade vården

I Sverige är det regionerna som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård. Kommunerna har ansvar för viss vård, exempelvis för personer som bor i vissa särskilda boendeformer under förutsättning att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar. Den vård som ges av regioner och kommuner är offentligt finansierad, det vill säga finansieringen sker huvudsakligen via skattemedel.

Regionerna har en relativt stor frihet att organisera den hälso- och sjukvård som den ansvarar för och kan välja att bedriva all vård i egen regi eller lämna över utförandet via avtal till en annan aktör, exempelvis en privat vårdgivare.

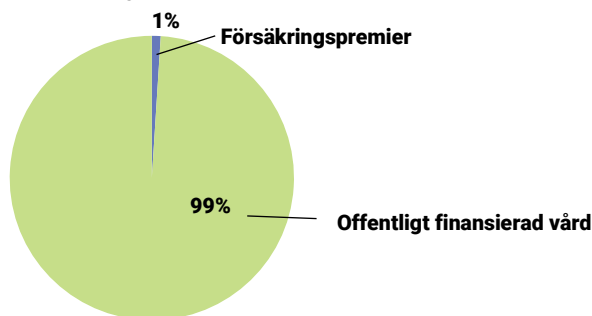
Regionens ansvar i egenskap av huvudman omfattar all vård som utförs i regionen, oavsett om regionen utför den i egen regi eller om regionen har överlämnat den till en privat vårdgivare.

Omfattningen av den vård som bedrivs av privata vårdgivare baserat på avtal med regionen varierar mellan regionerna. Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen köper mer vård från privata vårdgivare jämfört med övriga regioner.

Vårdförsäkring

Den vård som ges inom vårdförsäkringen handlar huvudsakligen om planerad specialistvård. Vården utförs av privata vårdgivare. Vården, vårdplanering och administrativa kostnader finansieras i sin helhet genom försäkringspremier. Vårdförsäkringen står för omkring 1 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige (diagram 3). Ingenting av den vård som utförs inom vårdförsäkringen finansieras med skattemedel.

Diagram 3 Finansiering av hälso- och sjukvård i Sverige



Vård som utförs av regionen i egen regi, eller utförs på uppdrag av regionen genom avtal med privata vårdgivare, bekostas inte av vårdförsäkringar utan av regionen. En vårdförsäkring kan dock ersätta patientavgifter som uppkommer i samband med vård som ges av eller på uppdrag av regionen.

De senaste tio åren har den hälso- och sjukvård som betalas av vårdförsäkringar uppgått till en knapp procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige.

Översikt finansiering och utförande av vård

I tabell 2 redogörs för de fyra huvudsakliga vägar till vård och för andra vägar till vård. I den sistnämnda kategorin ingår exempelvis företagshälsovård. Det framgår också hur vården finansieras, hur den utförs och på vems uppdrag vården utförs.

Tabell 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...)

Källa: Reglering av privata vårdförsäkringar – ökad kunskap och kontroll, SOU 2021:80.

Vad gäller om en privat vårdgivare har patienter från både regionen och försäkringsföretag?

I vissa fall kan en privat vårdgivare ta emot patienter från både regioner och försäkringsföretag. Patienter som vårdplaneras till behandling eller operation prioriteras då av behandlande läkare hos den privata vårdgivaren först och främst utifrån medicinsk prioritet. Det gäller oavsett hur vården är finansierad, av en region eller ett försäkringsbolag. Därefter sker prioritering utifrån vad respektive uppdragsgivare kräver.

Den vård som ges av privata vårdgivare, som erbjuder sina tjänster till både regioner och försäkringsgivare, är likvärdig och håller samma kvalitet. Det ger såväl regioner som försäkringsbolag en trygghet i lika behandling.

Vad händer om regionernas eller försäkringsföretagens efterfrågan på vård ökar?

Privata vårdgivare inom den planerade, icke-akuta specialistvården sätter av tider och resurser för att klara villkoren i alla typer av avtal, oavsett vem som betalar.⁶

De privata vårdgivarna anpassar storleken på sina kliniker efter uppdragsgivarnas efterfrågan. Om de har både regionpatienter och försäkringspatienter anpassar de verksamheten efter den efterfrågan och de krav som finns i respektive avtal.

Om efterfrågan ökar kan vårdgivaren rekrytera mer personal, effektivisera verksamheten eller utöka den arbetade tiden. Omvänt gäller att om efterfrågan minskar, till exempel för att antalet försäkringspatienter blir färre, kan antalet anställda minska alternativt den arbetade tiden minska.

⁶ Det här avsnittet baseras på information från Vårdföretagarna.



Svensk Försäkring

Svensk Försäkring Box 24043, Karlavägen 108, 104 50 Stockholm

Tel 08 522 785 00

www.svenskforsakring.se