

VÅRD FÖRSÄ KRING

Varför och för vem?

Förord

Det är Svensk Försäkrings utgångspunkt att vård och omsorg i Sverige, i dag och i framtiden, huvudsakligen ska vara offentligt finansierad. Vårdförsäkringen (tidigare kallad sjukvårdsförsäkring) står för knappt 1 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige. De vårdinsatser som utförs inom vårdförsäkringen utförs av privata vårdgivare och 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 september 2026

Eva Erlandsson, senior ekonom

Kia Buranakol Issa, aktuarie

Innehåll

Vad är en vårdförsäkring?	4
Vad innehåller en vårdförsäkring?	4
Vem utför vården inom vårdförsäkringen?	4
Hur köper man en vårdförsäkring?	5
Att teckna en vårdförsäkring	5
Vem har en vårdförsäkring?	6
De flesta försäkringar köps av arbetsgivare	6
Vårdförsäkringen är vanlig inom byggnation, anläggning, finansbranschen och detaljhandeln	7
Vårdförsäkring finns i alla inkomstgrupper	8
Försäkringen vanligast bland personer i arbetsför ålder	10
De med vårdförsäkring har längre utbildning	11
Fler män än kvinnor har en vårdförsäkring	12
Varför köper man en vårdförsäkring?	14
Varför köper arbetsgivare vårdförsäkring för de anställda?	14
Ökad trygghet för hälsa och försörjning	18
Vem får köpa en vårdförsäkring?	19
Krav på fullt arbetsför	19
Vad gäller om jag har symptom eller behandlas för en sjukdom?	19
Hur fungerar en vårdförsäkring?	20
Vårdflödet inom vårdförsäkringen	20
Vilken vård ges inom vårdförsäkringen?	22
De vanligaste behandlingarna inom vårdförsäkring	22
Är den vård som utförs inom vårdförsäkringen nödvändig?	23
Diagnostisering och behandling av cancer och kroniska sjukdomar	23
Vårdinsatser som <i>inte</i> utförs inom vårdförsäkringen	24
Hur mycket kostar en vårdförsäkring?	25
Faktorer som har betydelse för premiens nivå	25
Förmånsbeskattning av arbetsgivarbetald vårdförsäkring	25
Vårdförsäkring med remisskrav	26
Hur finansieras och utförs vård i Sverige?	27
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter i Sverige	27
Den offentligt finansierade vården	28
Vårdförsäkring	28
Översikt finansiering och utförande av vård	29
Att prioritera mellan patienter med olika finansiering	31
Vad händer om regionernas eller försäkringsföretagens efterfrågan på vård ökar?	31

Vad är en vårdförsäkring?

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

Vad innehåller en vårdförsäkring?

En vårdförsäkring är en försäkring som ger tillgång till privatfinansierad och planerad hälso- och sjukvård genom försäkringsgivarens nätverk av vårdgivare. Försäkringen syftar till att underlätta snabb utredning, behandling och rehabilitering vid sjukdom eller skada.

Innehållet i försäkringarna skiljer sig något åt mellan olika försäkringsföretag, men vanligen ingår planerad specialistvård som exempelvis utredning, vård, behandling och operation. 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.

Vem utför vården inom vårdförsäkringen?

Varje försäkringsföretag tecknar samarbetsavtal med privata vårdgivare utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet om att utföra den vård som ingår i försäkringen. Ett försäkringsföretag 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 sjukdom eller skada drabbar en försäkrad och det saknas en privat vårdgivare där den försäkrade 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 för en enskild individ att teckna försäkringen direkt hos ett försäkringsföretag.

Att teckna en vårdförsäkring

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

- **Arbetsgivarbetald grupp-försäkring:** 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 en anställd kan aktivt välja att avstå från försäkringen.
- **Ej arbetsgivarbetald grupp-försäkring:** 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.

Enskilda tecknar vanligen vårdförsäkring som en grupp-försäkring via sitt fackförbund, givet att det har vårdförsäkring som en del i sitt medlems-erbjudande. Inom SACO och TCO erbjuder flera förbund en möjlighet att teckna en vårdförsäkring. Inget förbund inom LO erbjuder sina medlemmar att teckna vårdförsäkring. En LO-medlem kan däremot omfattas av en vårdförsäkring om arbetsgivaren har tecknat en sådan alternativt om hen har valt att teckna en individuell försäkring.

Vem har en vårdförsäkring?

Antalet vårdförsäkringar har ökat trendmässigt under en längre tid. I slutet av 2024 hade 830 000 personer en vårdförsäkring.

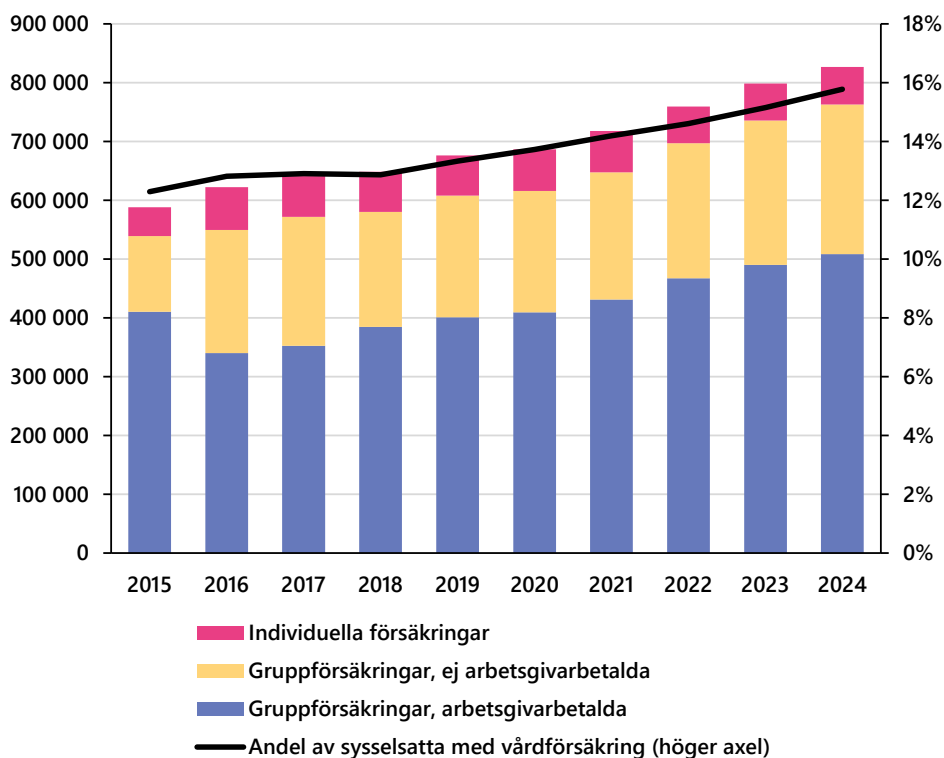
De flesta försäkringar köps av arbetsgivare

Ungefär 6 av 10 försäkrade får vårdförsäkringen betald av sin arbetsgivare, så kallad arbetsgivarbetald gruppförsäkring (blå stapel, figur 1). Ungefär 3 av 10 försäkrade betalar för försäkringen själva och har tecknat den som en gruppförsäkring via sitt fackförbund eller via en av arbetsgivaren upphandlad gruppförsäkring (gul stapel). Resterande omkring 1 av 10 har en individuell vårdförsäkring som de har köpt direkt av ett försäkringsföretag (rosa stapel) och själva betalar premien för.

Under 2024 hade närmare 16 procent av antalet sysselsatta personer i åldrarna 15–74 år en vårdförsäkring (svart linje i figur 1). Det betalades in drygt 5,1 miljarder i premier.

Figur 1 Antal vårdförsäkringar 2015–2024

Antal försäkringar (stapel, vänster axel) och andel sysselsatta med vårdförsäkring (linje, höger axel)



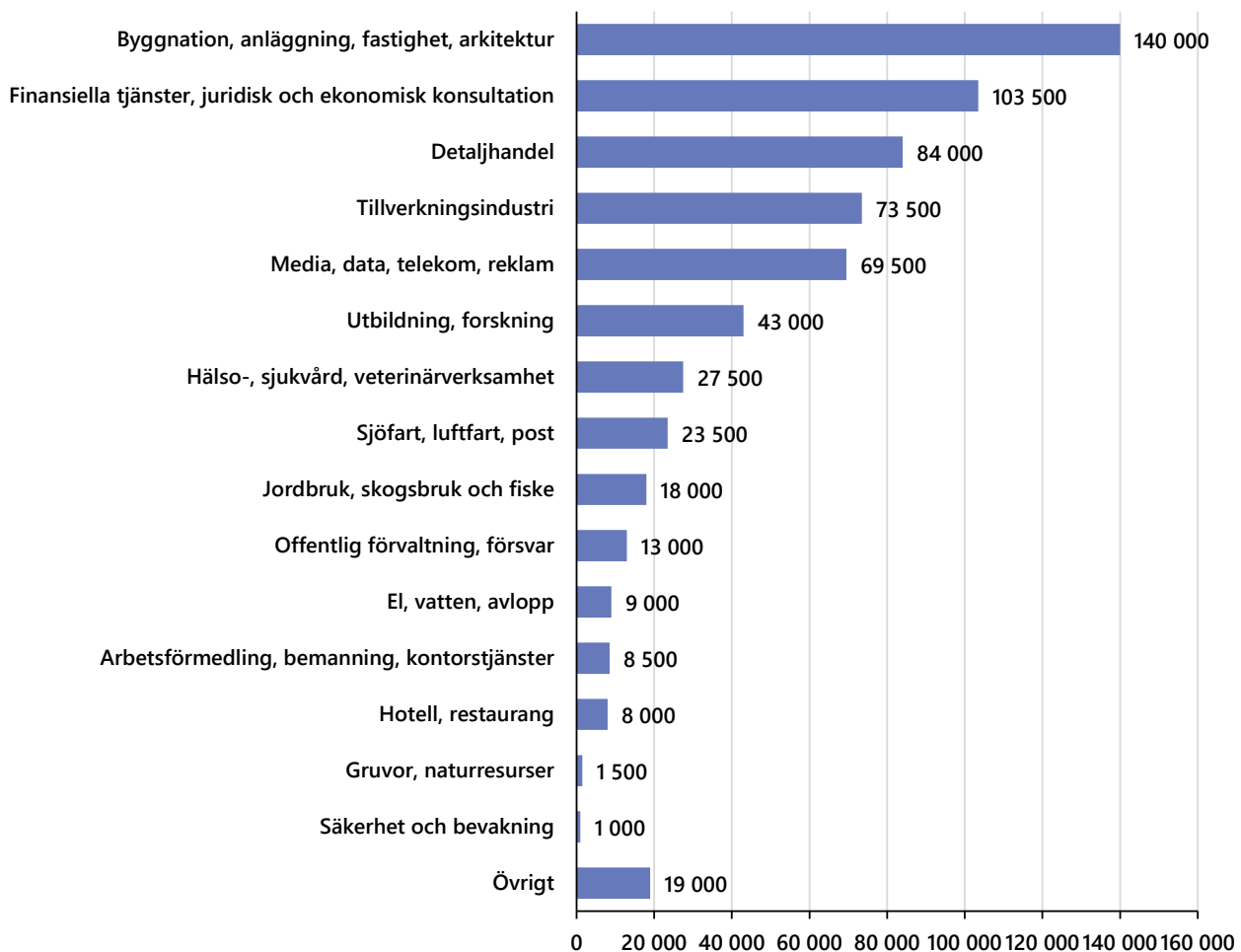
Anm.: Vårdförsäkringar finns inom både liv- och skadeförsäkringsföretag. Den stora ökningen av gruppförsäkringar under 2016 beror huvudsakligen på en omläggning av hur grupperna definieras i statistiken.
Källa: Svensk Försäkring och SCB.

Vårdförsäkringen är vanlig inom byggnation, anläggning, finansbranschen och detaljhandeln

Vårdförsäkringen finns inom alla yrkeskategorier. Sett till antalet försäkringar är vårdförsäkringen vanligast inom byggnation, anläggning, fastighet och arkitektur. Av figur 2 framgår att 140 000 personer mellan 20–65 år arbetar inom de branscherna som har en vårdförsäkring. Näst vanligast, 103 500 personer, är försäkringen bland anställda som arbetar med finansiella tjänster, juridisk och ekonomisk konsultation.¹

Försäkringen är mindre vanlig inom offentlig verksamhet liksom inom arbetsförmedling, bemanning, kontorstjänster och hotell, restaurang.

Figur 2 Antal försäkrade i olika branscher (2024)



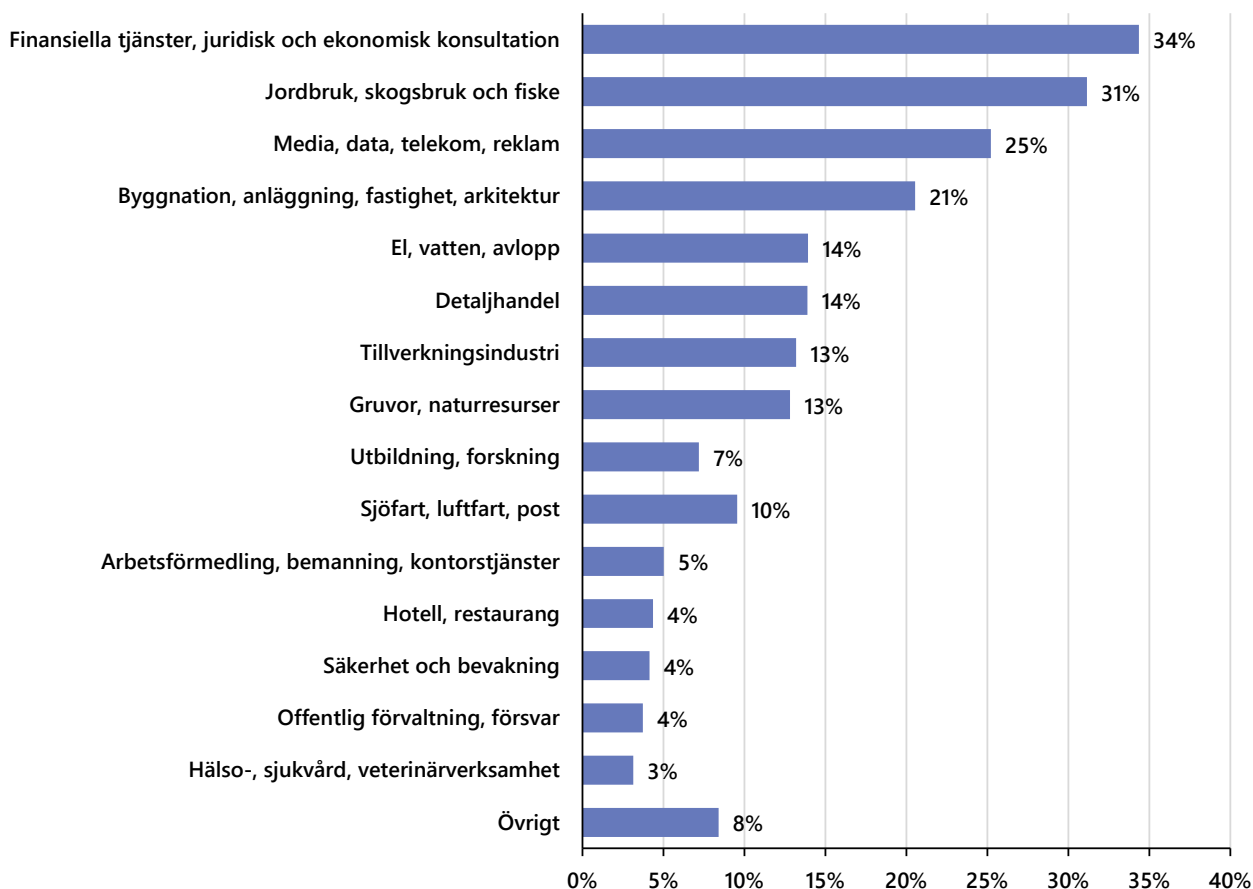
Källa: Svensk Försäkring.

Om man i stället mäter andelen av de anställda inom en viss bransch som omfattas av en vårdförsäkring (figur 3), är försäkringen vanligast inom finansiella tjänster, juridisk och ekonomisk konsultation. Där omfattas 34 procent av de som arbetar i branschen av en vårdförsäkring. Motsvarande för jordbruk, skogsbruk och fiske är 31 procent, samt för media, reklam och kommunikation 25 procent. Inom bygg och anläggning omfattas 21 procent

¹ Näringsgrensindelningen följer SNI-koden på tvåsiffernivån.

av de anställda och inom el, vatten, avlopp respektive detaljhandel 14 procent.

Figur 3 Andel försäkrade i procent av förvärvsarbetande befolkning inom olika branscher (2024)



Källa: Svensk Försäkring.

Vårdförsäkring finns i alla inkomstgrupper

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av låg-, medel- och höginkomsttagare. I denna rapport definieras låginkomsttagare som de 30 procent med lägst inkomster, medelinkomsttagare som de därpå följande 60 procenten och höginkomsttagare som de 10 procent med högst inkomster (tabell 1). För 2024 innebär det att låginkomsttagare hade en månadsinkomst på högst 25 100 kronor, medelinkomsttagare en månadsinkomst mellan 25 100 och 60 800 kronor och höginkomsttagare en månadsinkomst över 60 800 kronor.

Vårdförsäkring finns i alla inkomstgrupper. Av tabell 1 framgår att det finns en överrepresentation av medel- och höginkomsttagare bland de försäkrade och en underrepresentation av låginkomsttagare jämfört med samtliga förvärvsarbetande. Majoriteten av de försäkrade, 63 procent, är medelinkomsttagare.

Över tid har andelen försäkrade låginkomsttagare varit i stort sett oförändrad med 11 procent. Medelinkomsttagare har ökat från 59 till 63 procent och höginkomsttagare har minskat från 31 till 27 procent under perioden 2016–2024.

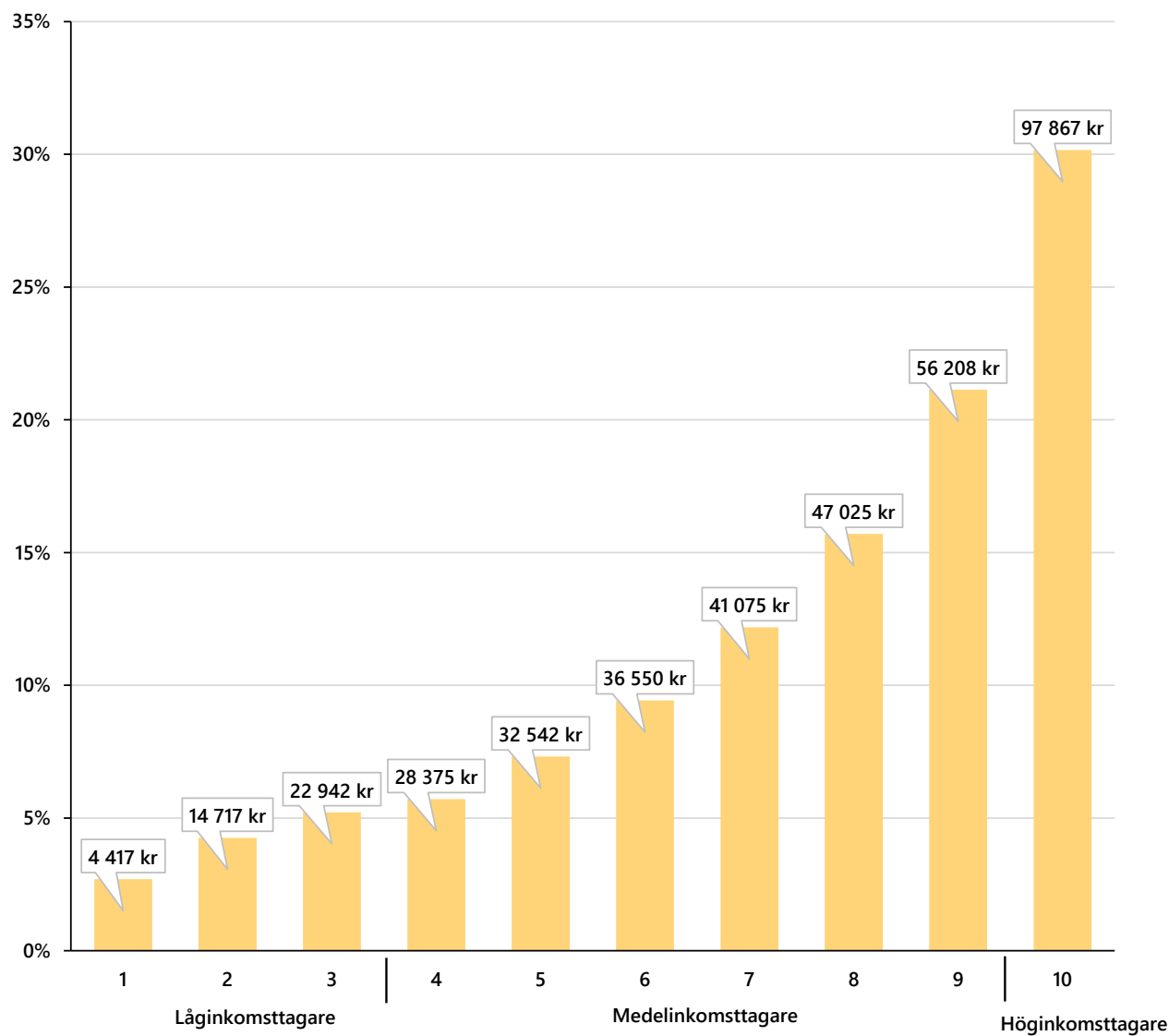
Tabell 1 Fördelning av förvärvsarbetande befolkning och försäkrade i inkomstgrupper

	Alla förvärvsarbetande		Alla försäkrade	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inkomst upp till 25 100 kr/månad	1 593 000	30%	65 300	11%
Inkomst 25 100 - 60 800 kr/månad	3 186 000	60%	379 000	63%
Inkomst över 60 800 kr/månad	531 000	10%	160 000	26%
Totalt	5 310 000	100%	604 300	100%

Källa: Svensk Försäkring.

I figur 4 visas andelen försäkrade indelat i deciler efter förvärvsinkomst samt medelinkomst inom varje decil.

Figur 4 Andel försäkrade i den förvärvsarbetande befolkningen indelat i deciler efter förvärvsinkomst samt medelinkomst i kronor per månad (2024)



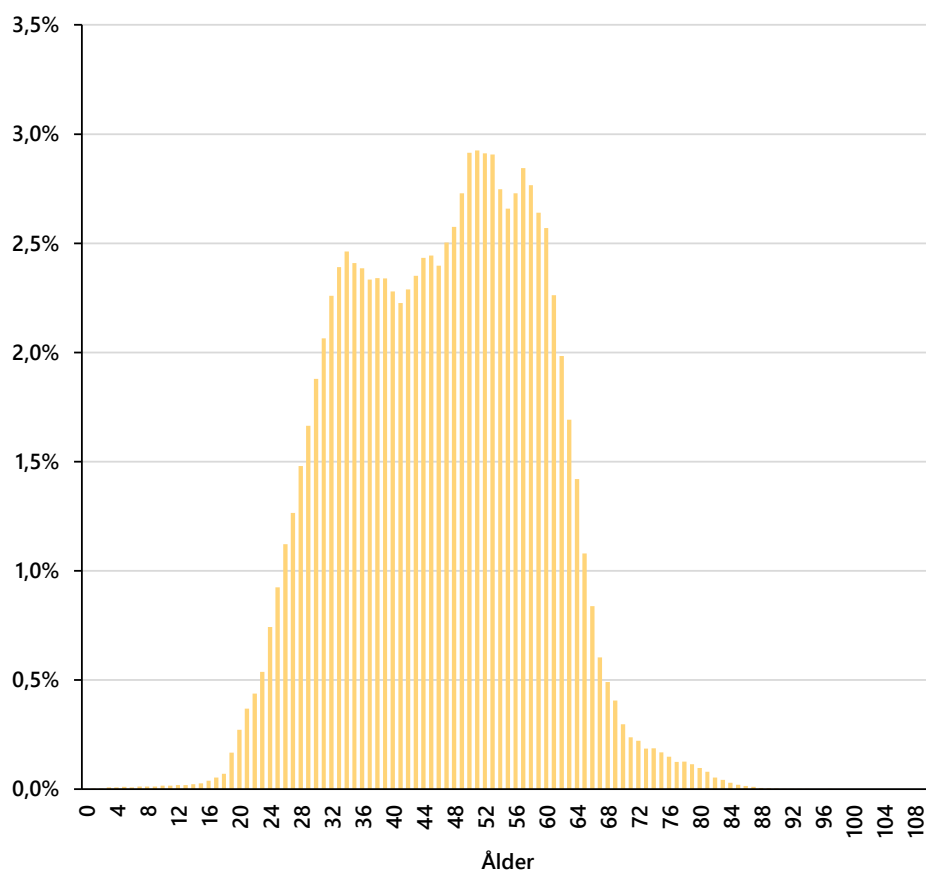
Källa: Svensk Försäkring.

Försäkringen vanligast bland personer i arbetsför ålder

Vårdförsäkringen finns i nästintill alla åldersgrupper, men det är framför allt personer i arbetsför ålder mellan 26 och 65 år som har en vårdförsäkring (se figur 5).

Det är mindre vanligt med vårdförsäkring bland yngre förvärvsarbetande, som i högre utsträckning arbetar inom exempelvis hotell-, restaurang-, säkerhets- och bevakningsbranschen, branscher där vårdförsäkring är mindre vanligt. Att försäkringen inte är så vanlig bland äldre kan följa av att de har lämnat arbetskraften. Vårdförsäkringen är därtill ett relativt nytt fenomen, vilket gör att äldre som inte tidigare har haft försäkringen som anställd inte heller köper den som pensionärer.

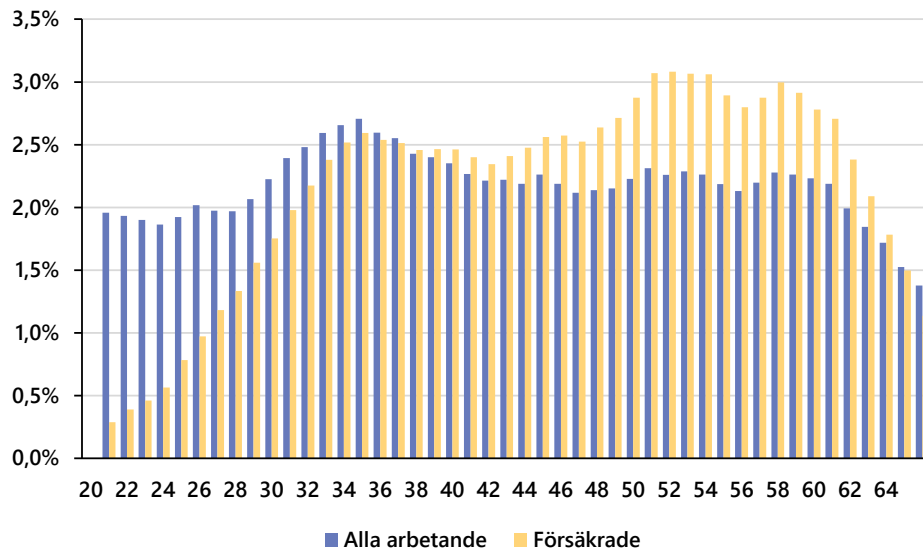
Figur 5 Åldersfördelning hos försäkrade (2024)



Källa: Svensk Försäkring.

Som framgår av figur 6 överensstämmer representationen av vårdförsäkringen i olika åldrar väl med åldersfördelningen generellt på arbetsmarknaden. Det finns en viss överrepresentation av försäkrade mellan 38-64 år. Genomsnittsåldern bland de försäkrade är 45,4 år.

Figur 6 Åldersfördelning för de försäkrade samt förvärvsarbetande befolkning 20–65 år (2024)

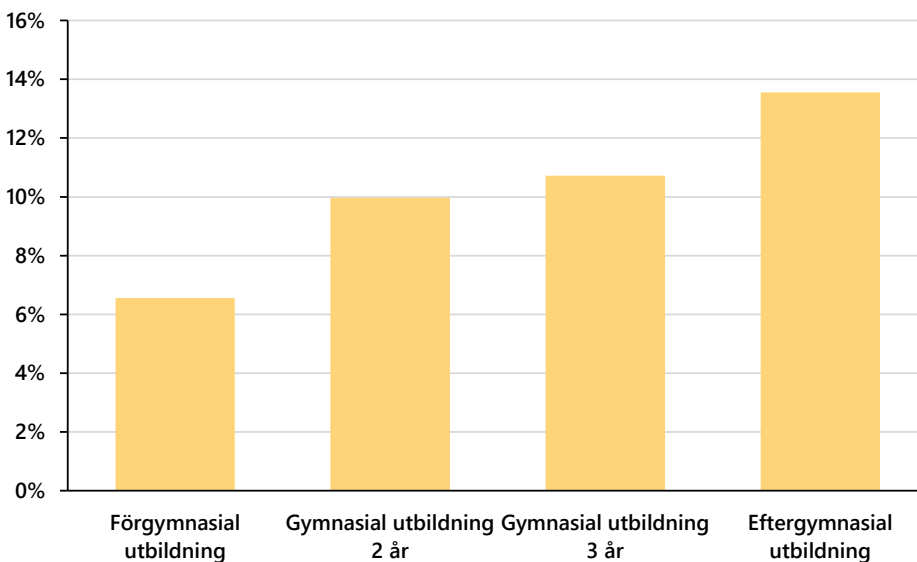


Källa: Svensk Försäkring.

De med vårdförsäkring har längre utbildning

De försäkrade finns i alla utbildningsgrupper (figur 7). Av dem med enbart grundskola (förgymnasial utbildning) omfattas 7 procent av vårdförsäkring. Av dem med gymnasial utbildning har omkring 10-11 procent en vårdförsäkring och bland dem med eftergymnasial utbildning har 14 procent en vårdförsäkring. I genomsnitt har en försäkrad ett års längre utbildning än populationen som helhet.

Figur 7 Andel försäkrade i olika utbildningsgrupper (2024)

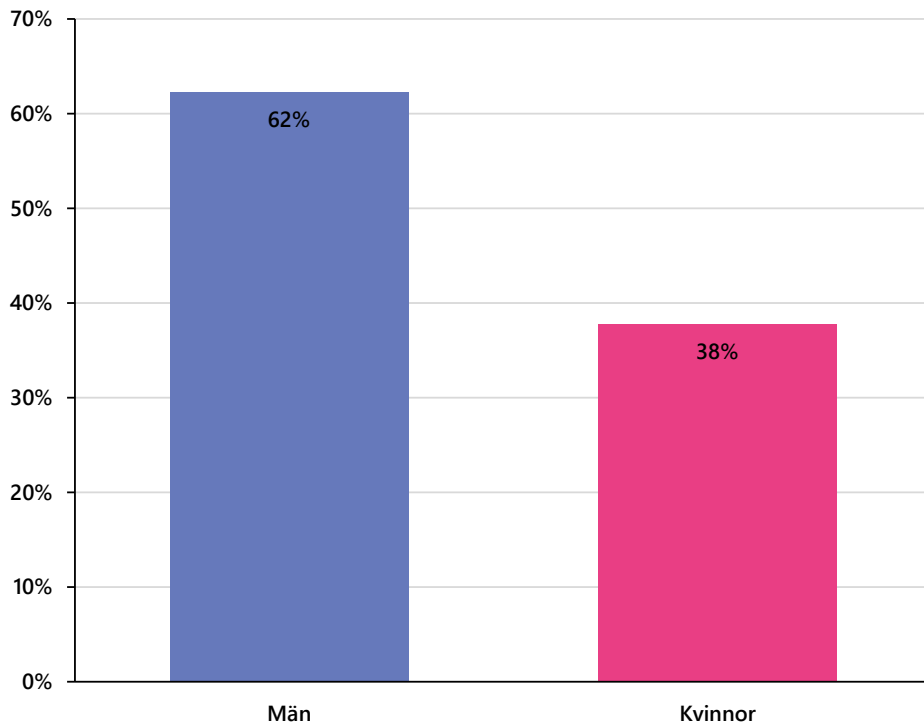


Källa: Svensk Försäkring.

Fler män än kvinnor har en vårdförsäkring

Det är fler män (62 procent) än kvinnor (38 procent) som har en vårdförsäkring (se figur 8). Könsskillnaden förklaras till 65 procent av att män och kvinnor är verksamma i olika branscher.²

Figur 8 Könsfördelning för försäkrade (2024)



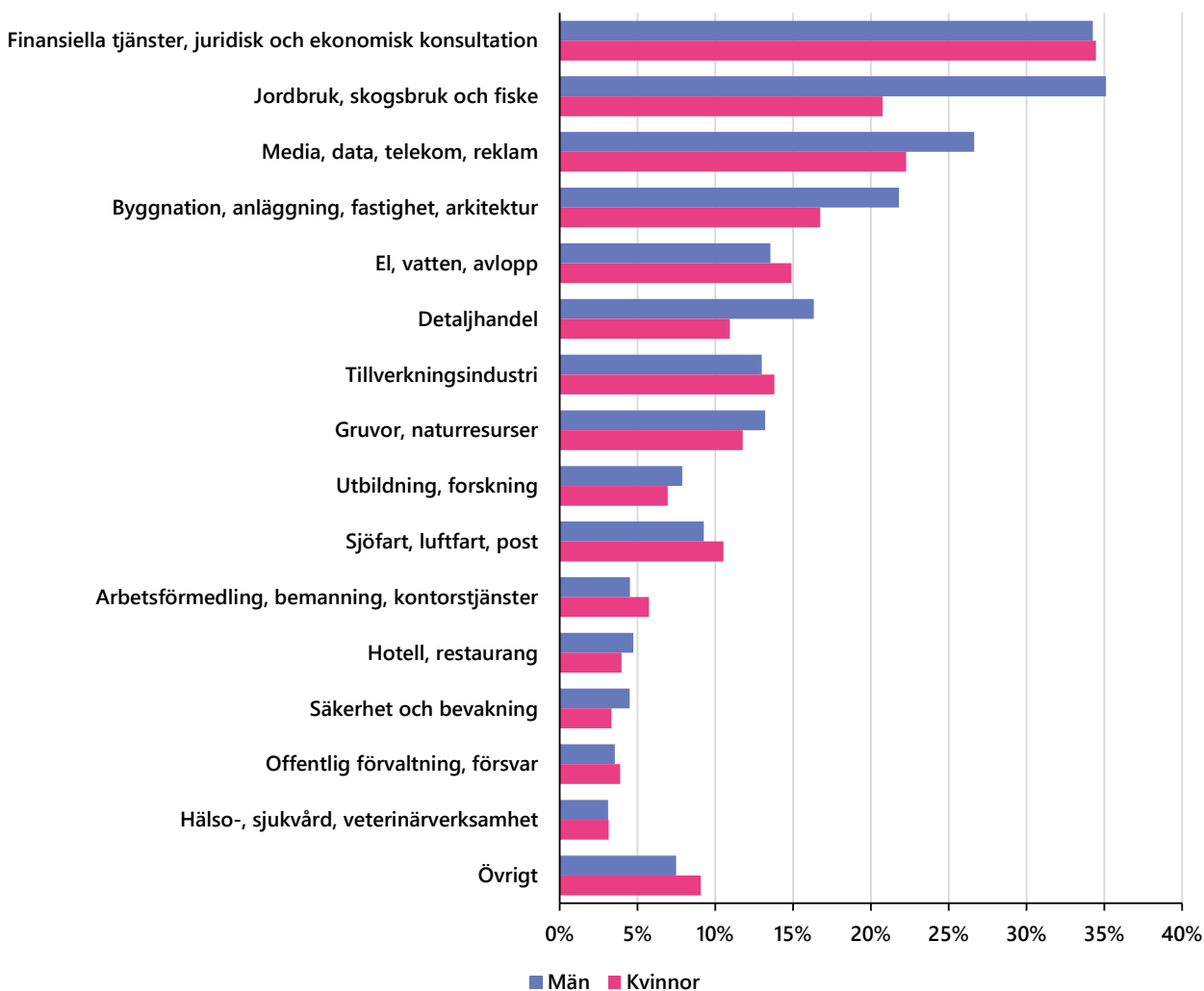
Källa: Svensk Försäkring.

I figur 9 visas andelen kvinnor och män med vårdförsäkring i olika branscher. Båda könen är representerade inom alla branscher och inom många branscher är det ingen större skillnad mellan könen. Inom branscher som jordbruk, byggnation och anläggning, detaljhandel och media, data, telekom och reklam finns det en överrepresentation av män. Det finns en viss överrepresentation av kvinnor inom branscher som tillverkningsindustri, el, vatten, avlopp, samt sjöfart, luftfart, post.

² Beräknat genom direkt standardisering efter bransch. Metoden uppskattar hur stor försäkringsgraden för kvinnor skulle vara om kvinnor hade samma fördelning över branscher som män. Resultatet indikerar att cirka 65 procent av könsskillnaden i försäkringsgrad kan förklaras av skillnader i branschtillhörighet.

Figur 9 Andel försäkrade inom olika branscher fördelat på kön (2024)

Branscherna är sorterade i fallande ordning på totala antalet försäkrade



Källa: Svensk Försäkring.

Över tid har skillnaden mellan män och kvinnor minskat något. Andelen kvinnor som har vårdförsäkring har ökat från 36 till 38 procent under perioden 2016–2024.

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 eller skada och korta ned tiden i sjukfrånvaro. För enskilda handlar det om att trygga sin hälsa och försörjning.

Varför köper arbetsgivare vårdförsäkring för de anställda?

Arbetsgivares ansvar enligt arbetsmiljölagen

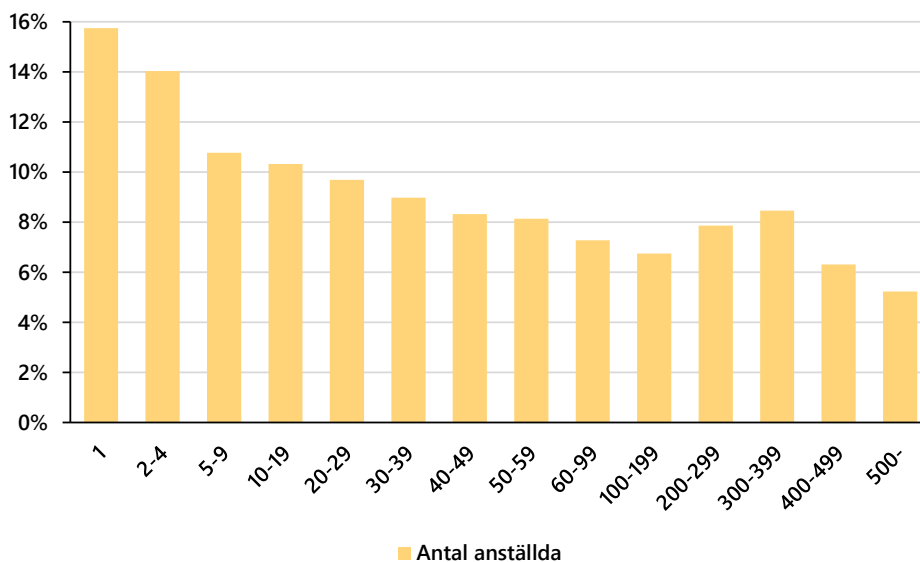
Arbetsgivare har enligt arbetsmiljölagen ett ansvar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. I det ingår att vidta åtgärder, exempelvis att svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, finns att tillgå.

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.

Vårdförsäkring är vanligast i små företag

I figur 10 visas andelen anställda med vårdförsäkring uppdelat i grupper utifrån arbetsställets storlek. Försäkringen är vanligast bland företag som har upp till 4 anställda, där omkring 14 procent av de anställda omfattas av försäkringen. På arbetsställen med 5-39 anställda är det omkring 10 procent som omfattas av en vårdförsäkring.

Figur 10 Andel försäkrade med arbetsgivarbetald gruppörsäkring i företag av olika storlek (2024)



Källa: Svensk Försäkring.

Effekter på sjukfrånvaron av att ha en vårdförsäkring

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 eller skada 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.³

Att vårdförsäkringen har betydelse för antalet sjukskrivningsdagar bekräftas av data över de försäkrade. Genom att sammankoppla de försäkrade med data från främst SCB:s LISA-register kan uppgifter om antal sjukskrivningsdagar jämföras mellan försäkrade och hela befolkningen.⁴

De som har en vårdförsäkring mottar i signifikant lägre utsträckning sjukpenning och sjukersättning (tabell 2) Tabellen visar mottagandet av sjukpenning och sjukersättning uppdelat i gruppen som har vårdförsäkring respektive den förvärvsarbetande befolkningen, inklusive de försäkrade.⁵ För att fånga in effekterna på längre sjukskrivningar särredovisas mottagen sjukpenning längre än 89 dagar under 2024.

Det bör dock noteras att skillnaderna inte enbart kan tillskrivas vårdförsäkringen, eftersom försäkrade grupper generellt har god hälsa vid tecknings-tillfället. Resultaten är dock förenliga med att snabbare tillgång till vård och rehabilitering bidrar till kortare sjukskrivningsperioder och snabbare återgång i arbete.

Bland de försäkrade har 8,2 procent mottagit sjukpenning jämfört med 10,9 procent bland samtliga. Vad gäller långa sjukskrivningar har 2,4 procent av de försäkrade mottagit sjukpenning för sjukskrivning längre än 89 dagar medan motsvarande för samtliga är 3,3 procent.

Antalet dagar med sjukpenning är 6,4 dagar för dem med försäkring och 10,1 dagar för samtliga. För dem med arbetsgivarbetald försäkring är antalet dagar med sjukpenning ännu färre, 5,6 dagar.

När det gäller sjukersättning har 0,4 procent av de försäkrade mottagit sjukersättning medan motsvarande för den förvärvsarbetande befolkningen är 1,1 procent.

3 Svenskt Näringsliv (2021), Sjukvårdsförsäkringen, tillägsfrågor till företagarpanelen.

4 LISA är SCB:s Longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier.

5 Antalet sjukpenningdagar mäts som nettodagar för att korrigera för det faktum att alla inte är sjukskrivna på heltid.

Tabell 2 Mottagande av sjukpenning och sjukersättning för förvärvsarbetande befolkning respektive försäkrade uppdelat på typ av försäkring (2024) *

	Försäkrade			
	Alla förvärvsarbetande	Arbetsgivarbetald	Ej arbetsgivarbetald och individuell	Alla
Mottagit sjukpenning	10,9%	7,4%	10,0%	8,2%
Mottagit sjukpenning >89 dagar	3,3%	2,1%	3,1%	2,4%
Antal sjukpenningdagar, netto	10,1 dagar	5,6 dagar	8,3 dagar	6,4 dagar
Mottagit sjukersättning	1,1%	0,3%	0,5%	0,4%

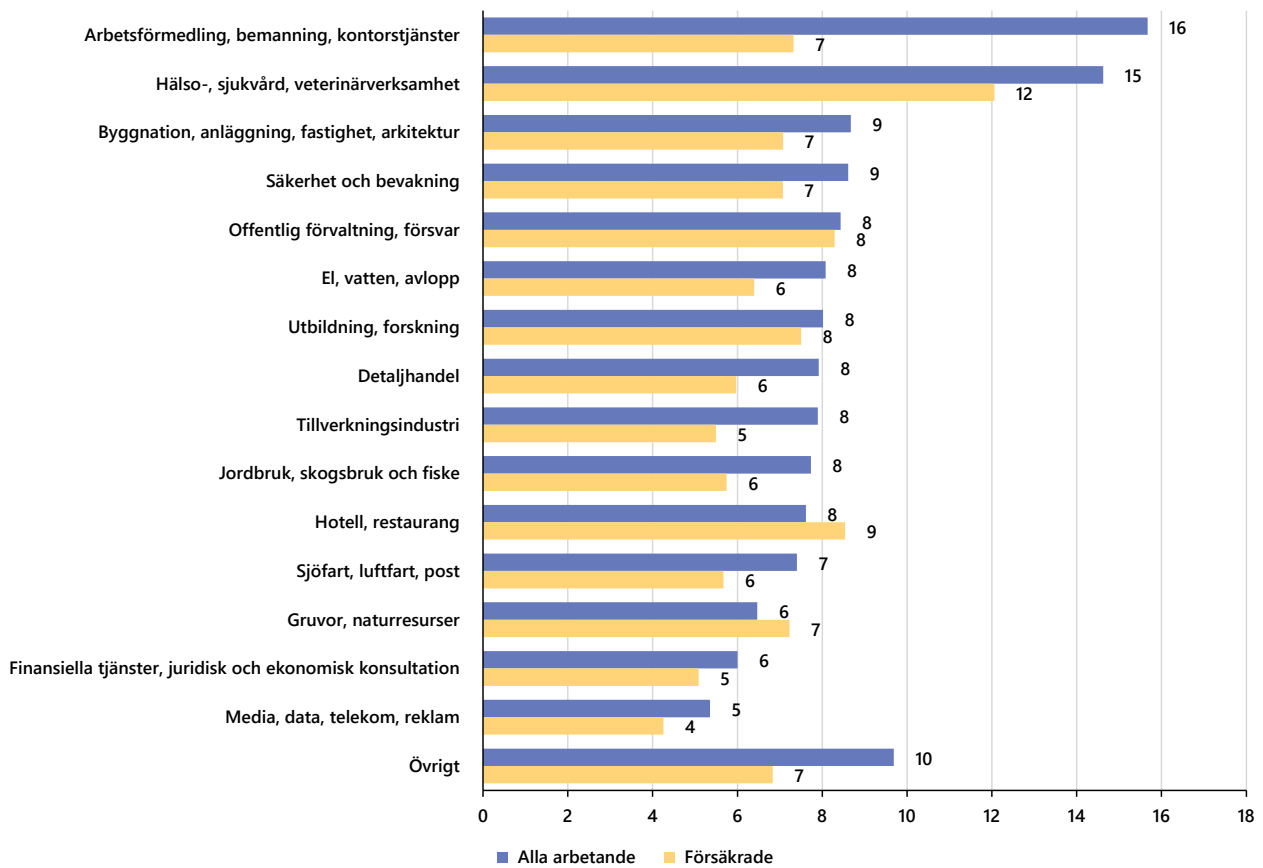
* Netto avser omräkning till heltid det vill säga omfattningen av sjukskrivning omräknat till hela dagar med ersättning.

Källa: Svensk Försäkring och SCB

I figur 11 redovisas antalet sjukskrivningsdagar (exklusive dagar med sjuklön) för dem med försäkring respektive den förvärvsarbetande befolkningen för olika branscher.

Inom exempelvis byggnation, anläggning, fastighet och arkitektur är antalet sjukskrivningsdagar för dem med vårdförsäkring 7 dagar och för samtliga 9 dagar. Inom detaljhandeln är antalet sjukskrivningsdagar för dem med vårdförsäkring 6 dagar och för samtliga 8 dagar. Skillnaden i sjukskrivningsdagar mellan försäkrade och den förvärvsarbetande befolkningen är störst inom yrkesgruppen arbetsförmedling, bemanning, kontorstjänster där antalet sjukskrivningsdagar är 7 dagar för dem med försäkring och 16 dagar bland alla.

Figur 11 Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar för försäkrade respektive förvärvsarbetande befolkning inom olika branscher (2024)



Källa: Svensk Försäkring.

Ökad trygghet för hälsa och försörjning

För enskilda är vårdförsäkringen ett sätt att få en ökad trygghet för sin hälsa och försörjning. Varje dags frånvaro från arbetet innebär en inkomstförlust som kan vägas mot kostnaden (premien) för försäkringen.

I en 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.⁶

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.

En annan studie visar att konsumtionen av specialistvård, operationer, sjukhusvård och läkemedelsförskrivning ökar efter det att en individ har fått en vårdförsäkring betald av arbetsgivaren och att det framför allt gäller för personer med låga inkomster.⁷ I studien dras slutsatsen att vårdförsäkringen tycks ha störst värde för individer som i högst utsträckning begränsas inom den offentligt finansierade vården, men att dessa individer mer sällan har en vårdförsäkring.⁸

Studien indikerar att vårdförsäkring kan bidra till att minska risken för att dö i cancerrelaterade sjukdomar.⁹ En förklaring till det kan vara att försäkringsföretagen arbetar kontinuerligt tillsammans med privata vårdgivare för att förbättra effektiviteten i bokningssystem och vårdförlopp. Tidiga och förebyggande insatser är en central del i privat försäkringsverksamhet på en konkurrensutsatt marknad. Det bidrar till att minska risken för att skador uppstår, eller i detta fall sjukdomsförlopp hinner gå för långt, och om de uppstår, minska risken för höga skadekostnader i ett senare skede.

⁶ Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. (2025), How Private Health Insurance Shapes Perceptions of Public Healthcare in Sweden.

⁷ Notera att studien visar att individer som får en vårdförsäkring betald av sin arbetsgivare ökar sin konsumtion av offentligt finansierade vård. Studien visar dock inte att det följer av att patienter remitteras vidare från vårdförsäkringen.

⁸ Palme et. al. (2026), s. 22, The Impact and Incidence of Supplemental Health Insurance: Evidence from Sweden.

⁹ Palme et. al. (2026), The Impact and Incidence of Supplemental Health Insurance: Evidence from 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.

Krav på fullt arbetsför

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 sjukdomar eller skador 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. Beroende på utfallet kan vårdförsäkringen tecknas fullt ut eller med vissa begränsningar för en redan uppkommen sjukdom eller skada. För en individuell försäkring sker alltid en hälsoundersökning.

Vad gäller om jag har symptom eller behandlas för en sjukdom?

Om en sjukdom eller skada har visat sig redan vid tillfället då försäkringen träder i kraft omfattas den vanligen inte av försäkringen. När den försäkrade har varit symptom- och behandlingsfri under 1–2 års tid gäller försäkringen fullt ut även om den tidigare sjukdomen eller skadan 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 medicinskt vårdbehov.

Vårdflödet inom vårdförsäkringen

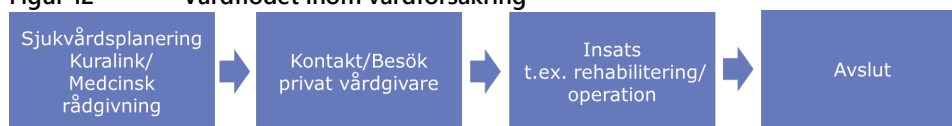
Vårdplaneringen gör en bedömning av vårdbehov

Vid en inträffad sjukdom eller skada kontaktar den försäkrade vårdplaneringen för det försäkringsföretag som personen är försäkrad hos (se figur 12). Den första kontakten kan ske via telefon eller digitalt. Det är oftast en legitimerad sjuksköterska som svarar. De som arbetar på vårdplaneringen kan vara anställda av försäkringsföretagen eller arbeta för en privat vårdgivare som försäkringsföretaget har anlitat.

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 ges journalförs och personalen omfattas av patientsäkerhetslagens 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 egenvård vid enklare sjukdomstillstånd.

Figur 12 Vårdflödet inom vårdförsäkring



Källa: Svensk Försäkring.

Om vården godkänns bokar vårdplaneringen in en tid för behandling hos en privat vårdgivare som försäkringsföretaget har samarbetsavtal med. Det förekommer även att den försäkrade själv, via en länk från vårdplaneringen, kan boka en tid digitalt. Den försäkrade kan inte kontakta vårdgivaren direkt för att boka ett 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 vårdgivarens eventuella andra avtal med exempelvis regioner.¹⁰

Kontakt/besök hos privat vårdgivare

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

¹⁰ 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. I andra fall avgörs behovet vartefter av den behandlande specialisten och besöken godkänns av försäkringsbolaget i efterhand.

När sjukdomen eller skadan är botad eller rehabiliterad 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 olika vårdföretag och olika 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.

Vårdgaranti inom regionerna

Inom den offentligt finansierade vården innebär den nationella vårdgarantin att patienten ska erbjudas en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Om specialistvård bedöms vara aktuell ska patienten erbjudas ett första besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar från beslut om remiss eller vårdbegäran. Om specialistvården därefter beslutar om behandling, exempelvis en operation, ska behandlingen påbörjas inom ytterligare 90 dagar.

Regionerna kan ha kortare vårdgarantitider. Exempelvis har Region Stockholm en förstärkt regional vårdgaranti som innebär att ett första besök i specialistvården ska erbjudas inom 30 dagar.

Regionerna har olika regler för när remiss krävs för tillgång till specialistvård. Remisskraven kan även variera mellan olika specialistmottagningar inom en region. På vissa mottagningar kan patienten söka specialistvård genom en egen vårdbegäran, medan andra kräver remiss.

I de fall remiss krävs för tillgång till specialistvård kan vårdförloppet i huvudsak beskrivas enligt följande:

Figur 13 Vårdförlopp inom offentligt finansierad vård



Vilken vård ges inom vårdförsäkringen?

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

De vanligaste behandlingarna inom vårdförsäkring

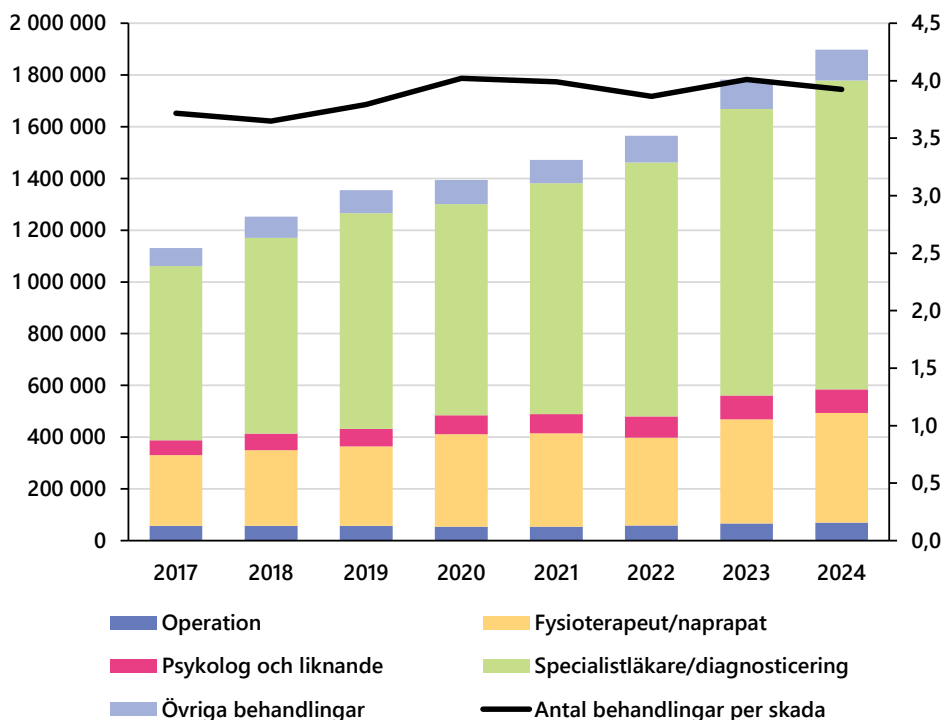
Den vanligaste behandlingen inom vårdförsäkringen är inom fysioterapi/naprapati/kiropraktik, som står för drygt 20 procent av den vård som ges inom vårdförsäkringen (se figur 14). Vissa av dessa tjänster utförs av naprapater och kiropraktorer, något som inte ingår i alla regioners vård-utbud.

Under 2024 betalades det ut försäkringsersättningar 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.

Figur 14 Antal utförda behandlingar för försäkrade 2017–2024

Antal behandlingar (stapel, vänster axel) och antal behandlingar per skada (linje, höger axel)



Källa: Svensk Försäkring.

Av det totala antalet operationer (offentligt finansierade och försäkringsfinansierade) som utförs inom exempelvis ortopedi står försäkringsföretagen för omkring 6–7 procent.¹¹

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, vilket innebär att det finns ett medicinskt 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 försäkringsföretagen. 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, mjukdelstumörer och vissa sarkom¹².

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.

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

Försäkringsföretagen 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 dock inte av vårdförsäkringen om den har visat sig innan försäkringen tecknades och trätt i kraft.

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

12 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 självrisken 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. Självrisken kan variera men ligger vanligen mellan 500 och 1 500 kronor. Det utgår en självrisk per skada och när den är betald ingår den fortsatta vården för samma 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.

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 vårdförsäkring 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 arbetsgivares 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 för 60 procent av premien.

Förmånsbeskattningen innebär att om premien uppgår till 500 kronor så förmånsbeskattas den anställda för 300 kronor (Tabell 3). Med en marginalskatt på 30 procent för den anställda blir det 90 kronor i skatt per månad. Med en marginalskaft på 50 procent blir det i stället 150 kronor i skatt per månad.

Tabell 3 Förmånsbeskattning vårdförsäkring arbetsgivarbetald gruppförsäkring

	Marginalskatt 30 %	Marginalskatt 50 %
Premie	500 kronor/månad	500 kronor/månad
Förmån	300 kronor/månad	300 kronor/månad
Skatt på förmånen	90 kronor/månad	150 kronor/månad

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 en försäkringsfinansierad läkare inom specialistvården.

Förfarandet är detsamma som inom den offentligt finansierade vården, vilket innebär att läkaren gör en medicinsk utredning för att konstatera vilket vårdbehov som föreligger. Om 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 försäkringsföretag. Försäkringsföretaget 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 eller skadan 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.

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter i Sverige

Av SCB:s Hälsoräkenskaper framgår hur de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna fördelar sig på finansiärer (se tabell 4).

Den offentligt finansierade vården står för 620 miljarder kronor, 86 procent, av de totala utgifterna för vård. Resterande 14 procent fördelar sig mellan vårdförsäkring, företagshälsovård och "ur egen ficka", där den sistnämnda står för 13 procent.

Tabell 4 Totala hälso- och sjukvårdsuppgifter i Sverige 2024

Producent	Miljarder kronor	Andel av de totala utgifterna
Regioner	414	58 %
Kommuner	194	27 %
Staten	12	2 %
Totalt offentligt finansierad vård	620	86 %
Värdförsäkring	5	0,7 %
Företagshälsovård	2	0,3 %
Ur egen ficka	92	13 %
Samtliga producenter	719	100 %

Källa: Hälsoräkenskaper, SCB.

Premieintäkterna från vårdförsäkringen, som finansierar all behandling av försäkringspatienter, uppgår till 5 miljarder kronor.

Företagshälsovården finansierar cirka 2 miljarder kronor av den hälso- och sjukvård som utförs i Sverige. Företagshälsovårdens uppdrag är i första hand inriktat på arbetsrelaterad hälsa, förebyggande insatser och rehabilitering. När en patient behöver ytterligare medicinsk utredning eller behandling, som ligger utanför företagshälsovårdens uppdrag, kan patienten hänvisas eller remitteras vidare till den offentligt finansierade vården.

”Ur egen ficka” finansierar 92 miljarder kronor av all vård i Sverige. Av det står patientavgifter för 4 miljarder kronor, tandvård för 23 miljarder kronor och läkemedel för 23 miljarder kronor.¹³

Den offentligt finansierade vården

Det är 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.

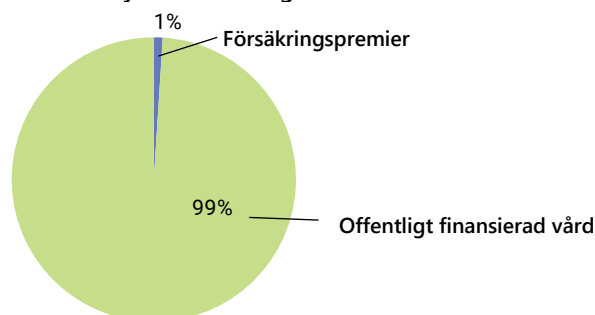
Vårdförsäkring

Hur stor andel av vården utförs inom vårdförsäkringen?

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.

De senaste tio åren har den hälso- och sjukvård som betalas av vårdförsäkringar uppgått till knappt en procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige. (se figur 15). Ingenting av den vård som utförs inom vårdförsäkringen finansieras med skattemedel.

Figur 15 Finansiering av hälso- och sjukvård i Sverige



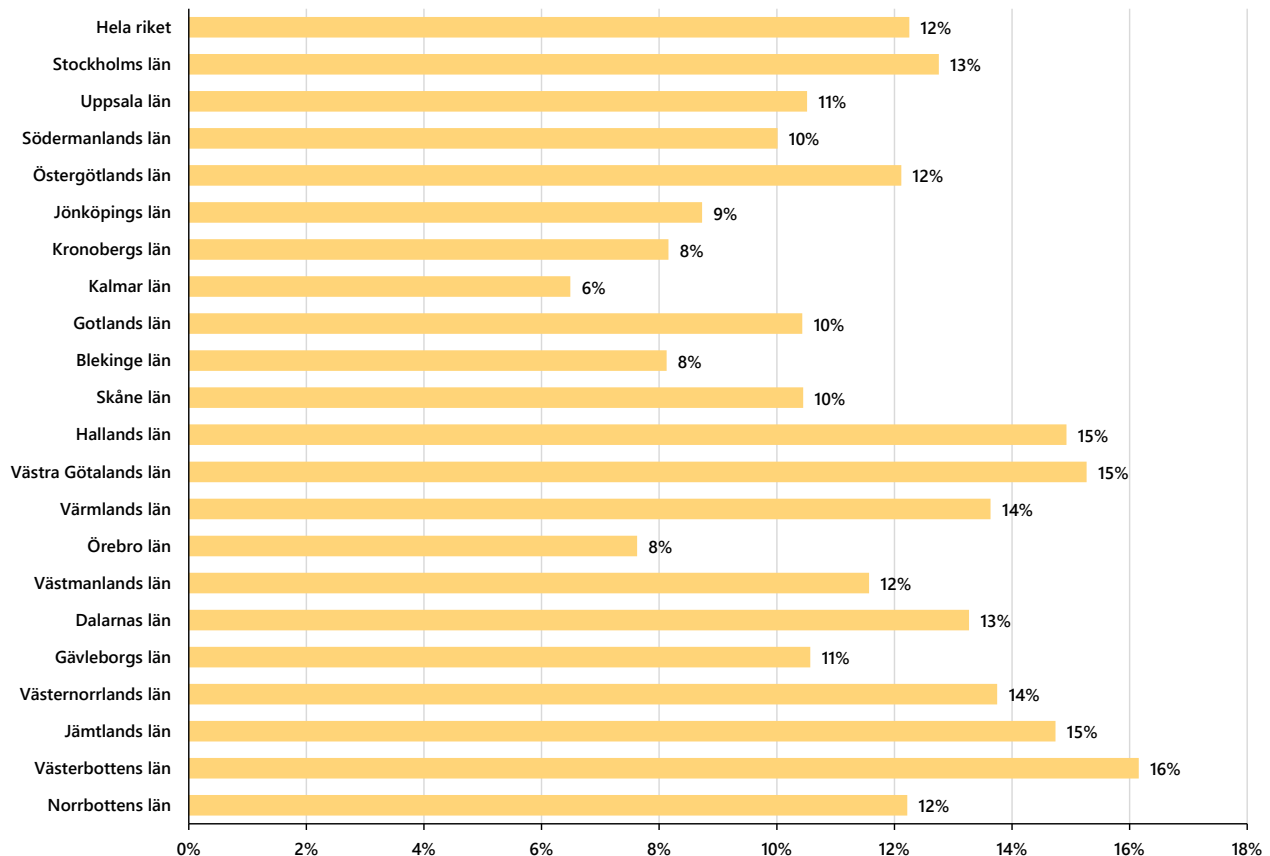
Källa: SCB.

¹³ Hälso- och sjukvårdens utgifter, SCB.

Vårdförsäkring finns i hela landet

Vårdförsäkringen är spridd över hela landet och är till antalet sett vanligast i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län. I relation till antalet invånare ser det något annorlunda ut. Vårdförsäkringen mätt som andel av den förvärvsarbetande befolkningen är vanligast i Västerbottens län, tätt följt av Jämtlands län, Västra Götalands län och Hallands län (se figur 16). Den är även relativt vanlig i län som, Västernorrlands län, Värmlands län och Stockholms län.

Figur 16 Andel försäkrade i procent av den förvärvsarbetande befolkningen fördelade på län (2024)



Källa: Svensk Försäkring.

Flera försäkringsföretag har verksamhet och försäljningskontor spridda över hela landet och det bidrar troligen till den geografiska spridningen. Det kan även följa av att tillgängligheten till offentligfinansierad vård kan se olika ut i landet.

Översikt finansiering och utförande av vård

I tabell 5 redogörs för vägarna till vård och hur vården finansieras, hur den utförs och på vems uppdrag vården utförs.

Tabell 5

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/ LOV/verksamhetsavtal enligt nationella taxan
Privatfinansierad vård - via privat sjukvårdsförsäkring	Försäkringspremier	Privat vårdgivare	Avtal mellan försäkringsbolag och vårdgivare
Privatfinansierad vård - kontant	Av patienten - "ur egen ficka"	Privat vårdgivare	Avtal mellan patienten och vårdgivaren
Annan väg till vård - företagshälsovård	Genom arbetsgivaren (AG) på olika sätt	Olika (privat vårdgivare; integrerad företagshälsa i offentlig/privat sektor)	Olika (avtal mellan AG & vårdgivare direkt/genom försäkring, uppdrag från AG)

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

Försäkringspatienter som remitteras till offentligt finansierad vård

Det kan i vissa fall uppstå en situation där en privat vårdgivare identifierar ett vårdbehov hos en försäkringspatient som kräver avancerad vård som inte kan erbjudas av privata vårdgivare. I dessa fall kan patienten behöva remitteras vidare till den offentligt finansierade vården. Det handlar i merparten av fallen om högspecialiserad behandling som endast erbjuds vid något av Sveriges sju universitetssjukhus. Den privata vårdgivaren skriver i dessa fall en remiss till den offentligt finansierade vården.

I nästa steg är det den behandlande läkaren inom den offentligt finansierade vården som gör en medicinsk bedömning av vårdbehovet hos patienten och säkerställer att vården ges utifrån medicinska prioriteringar. Denna vård finansieras i sin helhet av regionen, alltså via skatter. Det gäller oavsett hur den tidigare utredningen och eventuell tidigare behandling av patienten har finansierats, av regionen eller ett försäkringsföretag.

Alternativet till att en försäkringspatient remitteras till den offentligt finansierade vården är att försäkringspatienten uppmanas att ta kontakt med sin vårdcentral och att den medicinska utredningen görs om. Det i sig är problematiskt då det innebär en samhällsförlust då utredningen behöver göras om. Därtill kan det även innebära en ökad risk för patienten om behandlingen fördröjs.

Att prioritera mellan patienter med olika finansiering

Både regioner och privata vårdgivare hanterar flera olika typer av vårduppdrag samtidigt.

Regioner säljer vård till andra regioner. Det innebär att det måste göras medicinska prioriteringar mellan patienter från den egna regionen och andra regioner. Flera svenska universitetssjukhus säljer även operationer och behandlingar till patienter från andra länder, som betalar för sin vård själva (ur egen ficka). Det innebär att prioriteringar måste göras mellan patienter bosatta i den egna regionen, i övriga Sverige och utomlands.

Privata vårdgivare säljer vård till regioner, försäkringsföretag och privatpersoner, vilket förutsätter medicinska prioriteringar mellan dessa grupper. När en patient träffar en specialist hos en privat vårdgivare gör vårdpersonalen en medicinsk bedömning för att fastställa vårdbehovet och säkerställa att vården ges utifrån medicinska prioriteringar. Det gäller oavsett hur vården är finansierad, av en region eller ett försäkringsföretag. 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 försäkringsföretag en trygghet i lika behandling vad gäller den uppköpta vården.

Om all vård strikt skulle prioriteras enbart utifrån de mest akuta behoven i hela systemet, exempelvis cancerfall, skulle stora delar av annan planerad specialistvård behöva stå tillbaka. Så fungerar inte vården i Sverige idag. Vården bedrivs inom olika uppdrag och prioriteringar samtidigt. Det gäller oavsett om vården utförs av regionen eller en privat vårdgivare.

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.¹⁴

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.

¹⁴ 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