



Regeringskansliet
Socialdepartementet



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022

**Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Regioner**

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa 2022.....	6
1.1.1 Förutsättningar för överenskommelserna	6
2. Bakgrund överenskommelsen om ökad tillgänglighet	7
2.1 Behov av fortsatta insatser för att öka tillgängligheten och korta väntetiderna inom hälso- och sjukvården	7
2.2 Covid-19-pandemin har påverkat väntetiderna och förstärkt redan befintliga tillgänglighetsutmaningar.....	8
2.3 Tidigare överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.....	9
2.4 Andra pågående tillgänglighetsåtgärder	9
2.4.1 Satsning på uppdämda vårdbehov.....	10
2.4.2 Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.....	10
3. Överenskommelsen för 2022	11
3.1 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen.....	12
3.1.1 Beräkningsmodell för fördelning av medel i block 1	13
3.1.2 Fördelning av bonuspotten	13
3.2 Block 1: Prestationskrav för kortare väntetider	14
3.3 Block 2. Prestationskrav för strategiskt tillgänglighetsarbete.....	18
3.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra	18
3.4 Insatser som SKR ska genomföra.....	23
4. Rapportering och uppföljning	24
4.1 Regionernas rapportering.....	24
4.2 SKR:s rapportering	25
4.3 Statlig uppföljning.....	25
5. Tilläggsöverenskommelse avseende nationell vårdförmedling	26
6. Översynsklausul	26
7. Ekonomiska villkor	26
8. Godkännande av överenskommelsen	28

1. Inledning

Sveriges hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig mycket väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är stort.

Pandemin visar på kraften i svensk hälso- och sjukvård

De senaste två åren har hälso- och sjukvården påverkats kraftigt av den pågående covid-19-pandemin. Hälso- och sjukvården har visat på en mycket god förmåga till omställning för att möta utmaningarna under pandemin. Personal inom vård och omsorg har gjort, och gör fortsatt, ovärderliga insatser för att detta ska vara möjligt.

Samtidigt står hälso- och sjukvården nu inför betydande utmaningar. Den pågående pandemin ska fortsatt hanteras samtidigt som konsekvenserna – i form av bland annat stora rehabiliteringsbehov och uppskjuten vård – måste adresseras. De uppdämda vårdbehov som uppstått som en konsekvens av den uppskjutna vården under pandemin kommer att ställa höga krav på hälso- och sjukvården. Vidare har pandemin ytterligare satt ljuset på hälsans ojämlika fördelning och förstärkt behovet av ett långsiktigt, förebyggande och tvärsektorielt hälsoarbete. Pandemin har även synliggjort vikten av att bygga en långsiktig, hållbar krisberedskap i hela samhället, inte minst inom hälso- och sjukvården. Arbetet med att stärka beredskapen att möta framtida kriser kommer att behöva prioriteras under lång tid framöver och arbetet för att stärka motståndskraften i hälso- och sjukvården behöver vidareutvecklas och fördjupas.

Den demografiska utvecklingen medför utmaningar för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården står inför en rad långsiktiga och strukturella utmaningar. Befolkningen lever allt längre, vilket är en framgång för det svenska välfärdssamhället, och under den kommande 10-årsperioden prognostiseras gruppen 80 år och äldre att öka med cirka 50 procent. Den demografiska förändringen leder till stora utmaningar när det gäller att finansiera, och inte minst bemanna, hälso- och sjukvårdens verksamheter. Hälso- och sjukvården måste därför ställa om för att bättre kunna möta denna utmaning – en utmaning som redan är påtaglig i stora delar av landet. Det ökande behovet av hälso- och sjukvård behöver också mötas på ett kostnadseffektivt sätt. Som en del av lösningen krävs att kommuner och

regioner förändrar sina arbetssätt och utvecklar sina organisationer, bland annat genom ett innovativt och ändamålsenligt nyttjande av teknik och digitala tjänster. Ett mer främjande, förebyggande och proaktivt arbetssätt är också en utveckling som kan ge ett mer ändamålsenligt och effektivt resursutnyttjande. Samhället i stort, inte minst hälso- och sjukvården, har en viktig roll både i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Kvarstående skillnader i hälsa och ökad psykisk ohälsa

Sveriges genomförande av FN:s Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling har en tydlig koppling till folkhälsopolitiken. Det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan positivt. Men det finns skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor mellan såväl kvinnor och män, flickor och pojkar som mellan socioekonomiska grupper och vissa andra utsatta grupper.

Den självskattade psykiska ohälsan ökar bland barn och unga men även i den yrkesverksamma befolkningen och hos äldre. Den som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas med trygghet, förståelse och kompetens. Primärvården och övriga aktörer som möter barn och unga behöver vara särskilt rustade för att hantera denna målgrupps behov. Samverkan mellan olika delar av den regionala och kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer behöver fungera mer effektivt, så att den som har stora behov eller samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa, till exempel till följd av våldsutsatthet, inte riskerar att falla mellan stolarna.

En närmare, mer jämlik och tillgänglig vård i hela landet

Sveriges hälso- och sjukvård ska vara likvärdig och tillhandahållas på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet med hälso- och sjukvården 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.

Det finns ett behov av att skapa en närmare, mer jämlik, jämställd och tillgänglig vård i hela landet som bättre möter olika människor och grupper

utifrån individuella behov och förutsättningar. Kontinuitet, både för patient och medarbetare, är centralt i den här utvecklingen. Patientens möjlighet till delaktighet och självbestämmande behöver stärkas och principen om vård efter behov tryggas. Patientens möjlighet till information och rätt att välja behöver värnas och utvecklas. Den nära vården behöver vidareutvecklas samtidigt som vissa delar av vården behöver koncentreras och högspecialiseras. Primärvården, som har både kommunal och regional huvudman, ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården. Den ska finnas nära invånarna och ha goda möjligheter att arbeta främjande, förebyggande och proaktivt. I primärvården byggs kontinuitet upp för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet. I november 2020 antog Sveriges riksdag regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård, som innebär att en reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet (prop. 2019/20:164).

Väntetiderna och köerna inom hälso- och sjukvården behöver minska för att ge fler patienter vård i rätt tid. Utöver väntetider och köer handlar tillgänglighet om geografisk närhet, öppettider, nyttjande av digital vård och digitala lösningar för kontakter med vården. I begreppet ingår också ett bemötande som bidrar till att patienter upplever sig sedda och en hälso- och sjukvård utformad så att den inte utestänger någon. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov.

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera väl är att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Att människor vill utbildas för att arbeta, och stanna kvar, inom hälso- och sjukvården är därför centralt, inte minst inom primärvården. Det är avgörande att hälso- och sjukvården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt, inte minst med stöd av ny teknik och ökad samverkan, kan bidra till den utvecklingen.

Andra centrala faktorer för utvecklingen av hälso- och sjukvården är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter tillsammans med säkra och ändamålsenliga it-system. Detta ger personalen bättre förutsättningar att tillhandahålla en god och nära vård med hög tillgänglighet och god kvalitet. Likaså är användningen av tekniska och vetenskapliga framsteg inom life science-området centralt ur ett långsiktigt perspektiv eftersom forskning och innovationer möjliggör hälso- och sjukvårdens utveckling.

1.1 Överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa 2022

För att nå den önskade utvecklingen behöver stat, regioner och kommuner arbeta med samma inriktning. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommer därför för 2022 att ingå ett antal överenskommelser på områden som på olika sätt bidrar till hälso- och sjukvårdspolitiska mål och till det nationella målet för folkhälsopolitiken.

Överenskommelser kan användas inom områden där staten och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Exempel på områden är god och nära vård, tillgänglighet och väntetider, kompetensförsörjning, psykisk hälsa och suicidprevention, förlossningsvård, cancervård, ambulanssjukvård, civilt försvar samt testning av, och vaccination mot, covid-19.

1.1.1 Förutsättningar för överenskommelserna

Överenskommelserna mellan staten och SKR är värdefulla verktyg för att åstadkomma förändring, eftersom de ger möjlighet att gemensamt formulera en vision och långsiktigt styra i den önskvärda riktningen.

Inriktningen är att arbetet med överenskommelserna ska vara strategiskt och långsiktigt och bygga på en samsyn kring de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Genom överenskommelserna ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på lokal, regional och nationell nivå. Viktiga utgångspunkter för överenskommelser är ett tillitsbaserat förhållningssätt, hög kostnadseffektivitet och ett tydligt jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv utifrån det jämställdhetspolitiska målet om jämställd hälsa. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala och lokala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar.

Överenskommelserna omfattar hälso- och sjukvård och insatser som är offentligt finansierade, oavsett vem som utför dessa. Det betyder att såväl regioner och kommuner, som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård som är offentligt finansierad, omfattas. Den enskildes valfrihet är en central del av den svenska välfärdsmodellen och därför behövs en mångfald av aktörer, och goda villkor för enskilt drivna verksamheter inom välfärden, som underlättar den enskildes aktiva val. Alla aktörer inom välfärden oavsett driftsform ska ha likvärdiga villkor. Av den anledningen ska även offentligt finansierade privata aktörer kunna ta del av medlen, givet att juridiska

förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelserna genomförs.

Överenskommelserna utvecklas löpande tillsammans med SKR för att de ska bli så ändamålsenliga och kostnadseffektiva som möjligt, bland annat avseende antal och detaljeringsgrad. Parterna avser särskilt att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning av rapportering och redovisning avseende de ingångna överenskommelserna. Utvärdering och analys av vilka styrmedel som är mest ändamålsenliga beroende på insatsens karaktär sker löpande. En tydlig målsättning under de kommande åren är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner i syfte att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.

Staten avser även att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning när det gäller de styrsignaler som ges till kommuner och regioner. I detta ligger bland annat att se över hur den administrativa bördan för regionerna kan minska avseende överenskommelserna. Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process. Samtidigt behöver relevant data kunna samlas in och analyseras, t.ex. jämställdhetsanalyser, för att ge stöd till ökad kvalitet och effektivitet och för att kunna följa utvecklingen av hälso- och sjukvården och de satsningar som görs genom bland annat överenskommelserna.

2. Bakgrund överenskommelsen om ökad tillgänglighet

2.1 Behov av fortsatta insatser för att öka tillgängligheten och korta väntetiderna inom hälso- och sjukvården

En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges i rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Tillgänglighet handlar också om trygghet, att veta hur man kommer i kontakt med vården och när nästa insats ska ske.

Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Det kan i vissa fall också leda till att ett medicinskt tillstånd förvärras eller att frånvaron från arbetet blir onödigt lång. För att öka tryggheten för patienter som väntar på vård är det viktigt att patienten är informerad om vilka insatser som väntar och när, och vad man själv kan göra för att ett tillstånd inte ska förvärras under tiden man väntar.

Att korta väntetiderna och köerna inom hälso- och sjukvården är centralt för att öka tillgängligheten för patienterna samt att bibehålla ett högt förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen. För att det ska vara möjligt att korta väntetider och köer finns det behov av att arbeta långsiktigt och strategiskt med tillgänglighetsfrågor. På så sätt skapas bättre, och långsiktigt varaktiga, förutsättningar för att patienter ges vård i rätt tid.

2.2 Covid-19-pandemin har påverkat väntetiderna och förstärkt redan befintliga tillgänglighetsutmaningar

Utbrottet av det virus som orsakar covid-19 har inneburit stora påfrestningar för hälso- och sjukvården. Under 2020 och 2021 har prioriteringar behövt göras för att säkerställa omhändertagandet av såväl patienter med covid-19 som andra patienter i behov av akut vård eller vård som inte kan anstå. Detta har inneburit att ett stort antal planerade vårdinsatser har behövt ställas in eller skjutas upp inom såväl primärvård som specialiserad vård, framför allt under pandemins tidiga skede. Väntetiderna till vård har för många patienter blivit längre till följd av detta; samtidigt har en stor del av den planerade vården kunnat upprätthållas.

Bristande tillgänglighet och långa väntetider inom hälso- och sjukvården är dock ett problem som har funnits sedan lång tid tillbaka. Särskilt inom den specialiserade vården har måluppfyllelsen till den nationella vårdgarantin minskat sedan 2014. Åtgärder för att korta väntetiderna måste därmed inriktas mot insatser som syftar till att åstadkomma strukturella och långsiktigt stabila förbättringar på området.

Covid-19-pandemin har samtidigt medfört att hälso- och sjukvården på olika sätt har ställt om verksamheterna och utformat nya arbetssätt för att möta patienternas behov av hälso- och sjukvård. Inom både primärvård och specialiserad vård har t.ex. vården i större utsträckning erbjudit digitala vårdmöten och möjlighet till uppföljning digitalt. Det är viktigt att regionerna bibehåller och vidareutvecklar de arbetssätt som har varit välfungerande och som kan ge förutsättningar för att omhänderta den uppskjutna vården på ett effektivt sätt, men också på längre sikt skapar förutsättningar för kortare väntetider.

2.3 Tidigare överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Under 2019 ingick regeringen och SKR en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard. Överenskommelsen syftade till att åstadkomma förnyad kraft i arbetet med att förbättra tillgängligheten och omfattade prestationer kopplade till vårdgarantins gränser för specialiserad vård. Totalt avsattes 1,6 miljarder kronor till regionerna.

För att kömiljarden så småningom skulle kunna omfatta hela vårdkedjan har parterna varit överens om att det krävs ett bredare synsätt och att fler målsättningar ska inkluderas än enbart vad som ingår i vårdgarantin. I överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 gjordes därmed Anpassningar för att åstadkomma detta. Totalt avsattes närmare 2,9 miljarder kronor till regionerna för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Med anledning av covid-19-pandemin gjordes dock justeringar i överenskommelsen. Från och med mars 2020 ströks prestationskraven kopplade till vårdgarantin och merparten av medlen fördelades istället till regionerna utifrån befolkningsstorlek.

Inför 2021 kom parterna överens om att överenskommelsen om ökad tillgänglighet behöver utformas på ett sådant sätt att den innebär ett stöd för regionerna i deras arbete med att hantera konsekvenserna av covid-19. Samtidigt var det viktigt att skapa förutsättningar för regionerna att fortsatt arbeta strategiskt och långsiktigt med att korta väntetiderna och en förbättrad tillgänglighet. Totalt omfattade 2021 års överenskommelse ca 2,9 miljarder kronor. Mot bakgrund av pandemin tillämpades inga prestationskrav under det första halvåret 2021. En tilläggsöverenskommelse tecknades i juli 2021 och innehöll en anpassad prestationsbaserad modell, som tillämpades under september till och med november 2021. Regionerna fick även använda medel inom tilläggsöverenskommelsen till insatser för att stärka det strategiska tillgänglighetsarbetet och insatser som möjliggör ett effektivt omhändertagande av den uppskjutna vården. Enligt tilläggsöverenskommelsen var parterna överens om en målsättning inför 2022 om att återuppta den prestationsbaserade modellen från 2020 års överenskommelse.

2.4 Andra pågående tillgänglighetsåtgärder

För att åstadkomma en ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården krävs samordning och samverkan mellan flera olika aktörer på olika nivåer. Det är

ett stort och komplext område med varierande behov av åtgärder inom flera verksamhetsområden. På nationell nivå bedrivs arbetet med att öka tillgängligheten dels genom olika myndighetsuppdrag, dels genom Sveriges första nationella delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Regeringen och SKR ingår för 2022 även ett antal överenskommelser inom hälso- och sjukvårdsområdet som har bäring på arbetet:

- God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav
- Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider
- Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälso- och förlossningsvården samt förstärka insatser för kvinnors hälsa
- Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention
- Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet

2.4.1 Satsning på uppdämda vårdbehov

Under 2021 avsatte regeringen totalt 6 miljarder kronor för att stödja hälso- och sjukvården i att hantera den uppskjutna vården och covid-19-relaterad vård. För att fortsatt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att hantera den uppskjutna vården och covid-19-relaterad vården har regeringen avsatt 4 miljarder kronor under 2022. Därtill har regeringen i budgetpropositionen för 2022 avsatt 2 miljarder kronor för riktade insatser till regionerna, i syfte att ytterligare stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att hantera de uppdämda vårdbehov som utbrottet av covid-19 har medfört.

2.4.2 Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Regeringen tillsatte i augusti 2020 en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Delegationen lämnade ett delbetänkande den 30 juni 2021. I delbetänkandet lämnar utredningen förslag på hur arbetet med regionernas handlingsplaner för ökad tillgänglighet kan utvecklas, för att stödja ett mer långsiktigt och strategiskt tillgänglighetsarbete i regionerna. Utredningen lämnar också förslag på hur överenskommelsen om kömiljarden kan vidareutvecklas. Förslagen som lämnats kommer att användas som underlag i parternas dialog om den fortsatta utvecklingen av överenskommelsen.

Den 3 november 2021 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv till utredningen. I tilläggsdirektivet fick utredningen även i uppdrag att lämna

nödvändiga författningsförslag inom ramen för uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter.

3. Överenskommelsen för 2022

Det finns fortsatt stora behov av att fokusera på insatser som syftar till att korta väntetiderna i hälso- och sjukvården. Covid-19-pandemin har påverkat och fortsätter att påverka vården. En följd av den enorma omställning som hälso- och sjukvården har behövt göra under pandemin är att fler patienter har fått vänta längre på vård. Men utmaningarna med långa väntetider är inte nya utan har varit ett problem sedan lång tid tillbaka. Det finns därmed ett fortsatt behov av ett strategiskt och strukturerat tillgänglighetsarbete som är långsiktigt hållbart på såväl regional som nationell nivå. För att skapa förutsättningar för detta är det viktigt att staten och regionerna genom överenskommelsen planerar för ett sådant långsiktigt tillgänglighetsarbete gemensamt och att styrsignalerna till hälso- och sjukvårdens verksamheter blir enhetliga och ändamålsenliga.

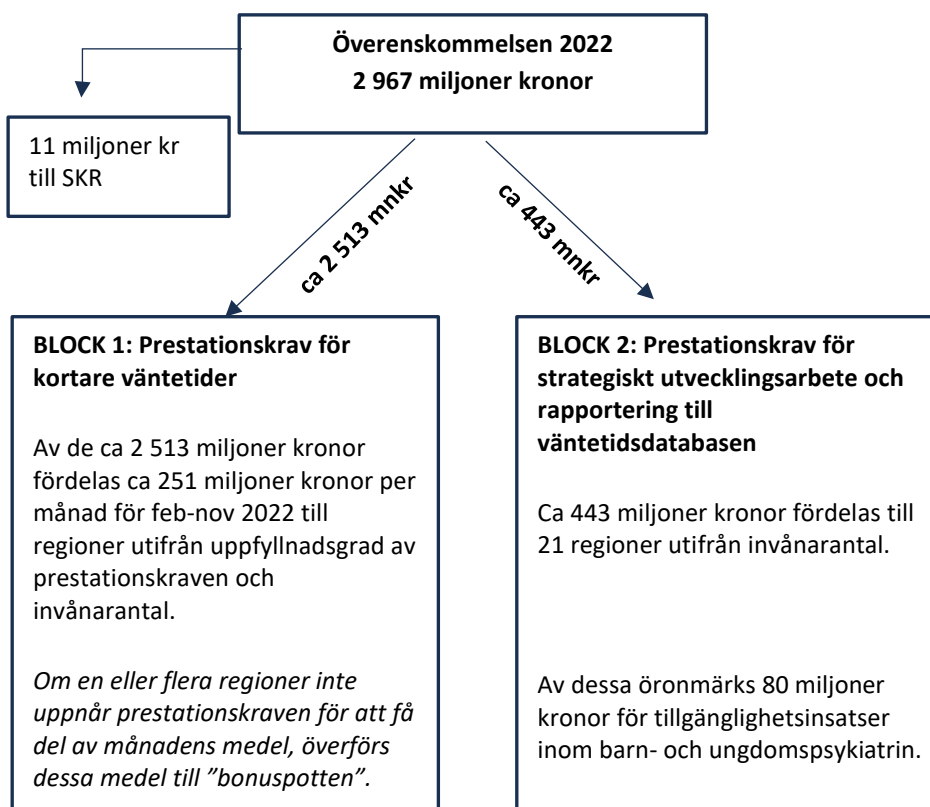
Denna överenskommelse syftar till att stimulera till regionala insatser som bidrar till förbättringar i form av kortare väntetider. För att det ska finnas förutsättningar för att korta väntetiderna på kort och lång sikt är det dock viktigt att arbeta strategiskt och systematiskt med tillgänglighet. Det är viktigt att tillgänglighetsarbetet prioriteras och att det finns ett engagemang och en delaktighet som genomsyrar det strategiska arbetet i regionerna.

Det direkta arbetet med att öka tillgängligheten och korta väntetiderna måste kombineras med utvecklingen av den nära vården. Den nära vården handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är central. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Införandet av nya arbetssätt inom ramen för omställningen till nära vård syftar till att öka tryggheten och säkerställa ett omhändertagande så nära patienten som möjligt, i syfte att minska behovet av oplanerad och akut vård.

Den pågående pandemin innebär att det är svårt att förutspå hur utvecklingen av väntetider kommer att se ut det närmaste året. En ökad smittspridning och eventuella nya utbrott kan medföra ökad påfrestning för hälso- och sjukvården. Av den anledningen är utformningen och tillämpningen av prestationsbaserade krav i block 1 anpassade efter rådande situation. I block 2 har staten och regionerna gemensamt identifierat utvecklingsområden som skapar förutsättningar för ett strategiskt, strukturerat och långsiktigt tillgänglighetsarbete.

3.1 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen omfattar 2 967 miljoner kronor för 2022. Medlen fördelas mellan två block. Medel inom block 1, ca 2 513 miljoner kronor, betalas ut baserat på regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven som beskrivs i avsnitt 3.2. Medel inom block 2, ca 443 miljoner kronor, betalas ut till regionerna för att de ska genomföra de insatser som beskrivs i avsnitt 3.3. Därutöver fördelas 11 miljoner kronor till SKR. Se närmare om utbetalning av medel under 7. Ekonomiska villkor.



Figur 1. Fördelning av medlen inom överenskommelsen 2022.

3.1.1 Beräkningsmodell för fördelning av medel i block 1

Cirka 2 513 miljoner kronor av överenskommelsens medel fördelas baserat på regionernas prestationer när det gäller att korta väntetiderna. I Tabell 1 visas fördelningen av dessa medel mellan prestationskraven i block 1.

Tabell 1. Fördelning av medel i block 1.

Prestationskrav	Andel (%)	Tusental kronor
<u>Primärvården:</u>		
1) Medicinsk bedömning	18	452 268
<u>Specialiserad vård:</u>		
2) Första besök	28	703 528
3) Operation/åtgärd	28	703 528
4) Patienter som har väntat över 180 dagar på första besök	2	50 252
5) Patienter som har väntat över 180 dagar på operation/åtgärd	2	50 252
6) Återbesök	10	251 260
<u>Barn- och ungdomspsykiatri, BUP:</u>		
7) Första besök	4	100 504
8) Fördjupad utredning	4	100 504
9) Behandling	4	100 504
Totalt block 1	100	2 512 600

Totalt fördelas ca 251 miljoner kronor till regionerna varje månad. Fördelningsmodellen utgår ifrån att varje region reserveras en del av månadspotten baserat på invånarantal. För att få del av medlen inom respektive del ska regionerna uppfylla de prestationskrav som beskrivs i avsnitt 3.2. Regionernas månadspott fördelas mellan prestationskraven enligt de andelstal som framgår i Tabell 1.

3.1.2 Fördelning av bonuspotten

Om en region inte klarar ett visst prestationskrav överförs medlen i den kategorin till en s.k. bonuspott. Om ingen region uppfyller prestationskraven en viss månad utgår ingen ersättning till regionerna. Istället överförs alla medel för den aktuella månaden och kategorin till bonuspotten. I bonuspotten samlas därmed de medel som inte betalas ut till regionerna under året p.g.a. att en eller flera regioner inte uppnår prestationskraven.

Bonuspotten fördelas och utbetalas i december 2022 utifrån antal prestationskrav som regionerna har uppnått under året. Varje prestationskrav som regionen uppnår under året genererar ett poäng. Ju fler prestationskrav som regionen har uppnått, desto fler poäng får regionen och desto större andel av bonuspotten tillfaller därmed regionen. Bonuspotten gör ingen skillnad på om det är prestationskraven inom primärvården, den specialiserade vården eller BUP som uppnås. Alla uppfyllda prestationskrav genererar lika många poäng.

3.2 Block 1: Prestationskrav för kortare väntetider

Det första blocket handlar om att regionerna ska uppvisa kortare väntetider. Prestationskraven är i första hand utformade utifrån relativa mått, dvs för att få del av medlen ska regionerna förbättra sig utifrån sina egna väntetider under motsvarande månad 2021. Syftet är att jämna ut de skilda förutsättningarna mellan regionerna och därmed öka incitamenten för samtliga regioner att korta väntetiderna och få del av medlen.

Regionernas prestation inom block 1 bedöms utifrån väntetiderna till följande vårdinsatser:

Primärvården:

- Medicinsk bedömning

Specialiserad vård:

- Första besök
- Operation/åtgärd
- Patienter som har väntat längre än 180 dagar på första besök
- Patienter som har väntat längre än 180 dagar på operation/åtgärd
- Återbesök

Barn- och ungdomspsykiatri, BUP:

- Första besök
- Fördjupad utredning
- Behandling

För samtliga vårdinsatser gäller att regionernas väntetider mäts varje månad under februari till och med november 2022. December ingår inte i modellen eftersom medlen ska betalas ut innan årsskiftet. Regionernas väntetidsresultat kommer att publiceras på www.vantetider.se när inrapporteringsperioden för respektive mätning har avslutats.

Regionerna kan för majoriteten av prestationskraven kvalificera sig till medlen på två sätt. Antingen genom att korta väntetiderna jämfört med föregående år eller genom att ha en hög uppfyllnadsgrad, dvs måluppfyllelse, av vårdgarantin. Om en region har förbättrat sina väntetider *och* har en hög uppfyllnadsgrad av vårdgarantin får regionen endast ersättning för hög uppfyllnadsgrad. Det går med andra ord inte att få medel både för förbättring och för hög uppfyllnadsgrad.

Medicinsk bedömning i primärvården

Väntetiderna mäts i hur stor andel av de genomförda medicinska bedömningarna i primärvården som gjordes inom vårdgarantins tre dagar. Den medicinska bedömningen ska göras av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Det handlar till exempel om arbetsterapeuter, fysioterapeuter, barnmorskor, dietister, logopedier och psykologer.

Prestationskrav

För att kvalificera sig till medlen ska regionen uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, dvs en större andel av de genomförda medicinska bedömningarna ska ha skett inom 3 dagar 2022 jämfört med samma månad 2021.

- Förbättring med 1,0–2,9 procentenheter ger regionen 50 procent av regionens reserverade månadspott.
- Förbättring med 3,0–4,9 procentenheter ger 75 procent av månadspotten.
- Förbättring med 5,0 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Regionen kan också kvalificera sig till medlen (100 procent) genom att minst 82 procent av de genomförda medicinska bedömningarna har skett inom 3 dagar.

Första besök och operation/åtgärd inom den specialiserade vården

Väntetiderna mäts i hur stor andel av dem som väntar på ett första besök respektive operation/åtgärd inom den specialiserade vården som har väntat kortare än 60 dagar. Mätningen görs separat för besök respektive operation/åtgärd. Mätningen görs efter 60 dagar eftersom det är en

förutsättning för att den lagstadgade vårdgarantin på 90 dagar ska kunna uppfyllas.

Prestationskrav

För att kvalificera sig till medlen ska regionen uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, dvs en större andel av de väntande ska ha väntat kortare än 60 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd 2022 jämfört med samma månad 2021.

- Förbättring med 1,0–2,9 procentenheter ger regionen 50 procent av regionens reserverade månadspott.
- Förbättring med 3,0–4,9 procentenheter ger 75 procent av månadspotten.
- Förbättring med 5,0 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Regionen kan också kvalificera sig till medlen (100 procent) genom att minst 72 procent av de väntande har väntat högst 60 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd.

Patienter som har väntat längre än 180 dagar inom specialiserad vård

Väntetiderna mäts i hur stor andel av dem som väntar på ett första besök respektive operation/åtgärd inom den specialiserade vården som har väntat längre än 180 dagar. Mätningen görs separat för besök respektive operation/åtgärd.

Prestationskrav

För att kvalificera sig till medlen ska regionen uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, dvs en mindre andel av de väntande ska ha väntat längre än 180 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd 2022 jämfört med samma månad 2021.

- Förbättring med 1,0–2,9 procentenheter ger regionen 50 procent av regionens reserverade månadspott.
- Förbättring med 3,0–4,9 procentenheter ger 75 procent av månadspotten.
- Förbättring med 5,0 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Regionen kan också kvalificera sig till medlen (100 procent) genom att max 5 procent av de väntande har väntat längre än 180 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd.

Återbesök inom den specialiserade vården

Med återbesök menas öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare vårdbesök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde. Måluppfyllelsen mäts i hur stor andel av återbesöken inom den specialiserade vården som genomfördes inom det medicinska måldatumet. Medicinskt måldatum fastställs vid den medicinska bedömningen och avser den bortre tidsgräns för när ett återbesök bör ske.

Prestationskrav

För att kvalificera sig till medlen ska minst 85 procent av de genomförda återbesöken ha skett inom det medicinska måldatumet. Återbesök kan ske inom ett intervall kring måldatumet. Om återbesök genomförs efter måldatum anses man ha nått måluppfyllelse om den tid som förflutit är max 20 procent av antal dagar mellan datum för beslut om återbesök och medicinskt måldatum.

Första besök, fördjupad utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri

Väntetiderna mäts med två mått:

- hur stor andel av månadens genomförda första besök, utredningar respektive behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatrin som skedde inom 30 dagar,
- hur stor andel av de som väntar på ett första besök, utredning respektive behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin som har väntat kortare än 30 dagar.

Mätningarna bedöms separat för besök, utredning och behandling.

Prestationskrav

För att kvalificera sig till medlen ska regionen uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, dvs en större andel av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna inom BUP ska ha skett inom 30 dagar 2022 jämfört med samma månad 2021. Mätningarna görs separat för besök, utredning och behandling.

- Förbättring med 5,0–6,9 procentenheter ger regionen 50 procent av regionens reserverade månadspott.
- Förbättring med 7,0–9,9 procentenheter ger 75 procent av månadspotten.
- Förbättring med 10,0 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Regionen kan också kvalificera sig till medlen (100 procent) genom att minst 72 procent av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna ha skett inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn/unga som väntar på besök, utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntade ha väntat max 30 dagar.

3.3 Block 2. Prestationskrav för strategiskt tillgänglighetsarbete

Block 2 handlar om att regionerna ska genomföra insatser kopplade till strategiskt tillgänglighetsarbete. Insatserna syftar till att skapa incitament för att regionerna ska arbeta strategiskt och kontinuerligt med att förbättra tillgängligheten och skapa förutsättningar för ett arbete som är långsiktigt hållbart.

80 miljoner kronor av medlen i block 2 fördelas särskilt till regionerna för insatser som syftar till att korta väntetiderna i barn- och ungdomspsykiatrin. Målsättningen är fortsatt max 30 dagar till första bedömning och därefter max 30 dagar till fördjupande utredning och 30 dagar till behandling.

3.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra

Arbeta utifrån den regionala handlingsplanen

Regionerna har i enlighet med 2020 års överenskommelse om ökad tillgänglighet tagit fram en regional handlingsplan för ökad tillgänglighet med regionala målsättningar och åtgärder för kortare väntetider och minskade vårdköer. Handlingsplanen redovisades i mars 2021. Handlingsplanen följdes av en nulägesrapport i oktober 2021, i enlighet med 2021 års överenskommelse. Syftet med den regionala handlingsplanen och nulägesrapporten är att stödja och stärka regionens strategiska och långsiktiga arbete för ökad tillgänglighet. Regionens handlingsplan ska omfatta regionens samlade arbete med att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, inklusive barn- och ungdomspsykiatrin.

Regionerna ska använda medel enligt block 2 i överenskommelsen till att genomföra de insatser som pekats ut i den regionala handlingsplanen för att uppnå en ökad tillgänglighet och kortare väntetider.

I de fall regionens handlingsplan inte redan innehåller nedanstående delar ska regionen, utifrån regionens behov för att kunna driva ett ändamålsenligt arbete för ökad tillgänglighet, uppdatera handlingsplanen med följande innehåll:

- Tidsatta och mätbara mål som regionen har satt upp på kort och lång sikt för att öka tillgängligheten.
- Vilka insatser, både på kort och lång sikt, som regionen bedömer krävs för att uppnå respektive mål i handlingsplanen, både från region själv och från andra aktörer, t.ex. statliga aktörer.
- Vilka insatser regionen avser att göra, både på kort och lång sikt, för att patientgrupper med särskilda behov, bl.a. patienter med kroniska sjukdomar, patienter inom barn- och ungdomspsykiatri och patienter som har väntat längre än vårdgarantins 90 dagar, ska få vård efter behov och i rimlig tid.
- Hur regionen avser att följa upp att insatserna bidrar till måluppfyllelse.
- Åtgärder som behöver vidtas om regionen riskerar att inte uppnå uppsatta mål.
- Vilka olika interna verksamheter och externa samverkansparter som är delaktiga i tillgänglighetsarbetet.
- Vilka insatser som regionen gör för att säkerställa att rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk.
- Vilka insatser regionen gör för att säkerställa att rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen överensstämmer med den volym kontakter som väntar respektive genomförs i regionen, dvs att rapporteringen är komplett och att regionen redovisar täckningsgraden.
- Vilka insatser som regionen gör för att kontinuerligt säkerställa att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov.
- Vilka mål och effekter som regionen redan har uppnått utifrån tidigare handlingsplaner.

Uppföljningen av regionernas arbete med handlingsplanen beskrivs under avsnitt 4.1.

Omhändertagande av väntande patienter, med särskilt fokus på patienter som har väntat längre än 90 dagar

Covid-19-pandemin har inneburit att väntetiderna för många patienter blivit längre och andelen patienter som har väntat längre än vårdgarantins gräns på 90 dagar har ökat. Det finns behov av att regionerna arbetar systematiskt med att säkerställa att vårdbehovet hos patienter som väntar på vård inte förändras eller försämras. För att undvika patientsäkerhetsrisker måste patientens väntan på vård vara ”aktiv”, dvs. regionen ska ha rutiner som tryggar en kontinuerlig uppföljning av patientens hälsostatus och vårdbehov under tiden patienten väntar på vård.

Regionerna ska därför använda medel till att utveckla sina rutiner kring väntande patienter, med särskilt fokus på patienter som har väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. Det inkluderar bland annat att regionen ska:

- utveckla rutiner som säkerställer en kontinuerlig uppföljning av väntande patienters hälsostatus och vårdbehov,
- kvalitetssäkra väntelistor inom regionen så att väntelistor enbart innehåller aktivt väntande patienter och inte används i andra syften, och
- stärka sitt omhändertagande och minska antalet patienter på väntelistorna som har väntat längre än 90 dagar. Om det inom regionen finns verksamhetsområden där det finns särskilt många väntande patienter över 90 dagar ska regionen vidta särskilda åtgärder för att åtgärda och följa upp detta.

Vid genomförandet av insatserna ska principen om vård efter behov värnas. Det är alltid den person som har störst behov av vård som ska få vård först och alla bedömningar ska även fortsatt följa gällande principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Insatser för att stärka patientens delaktighet och ett effektivt resursutnyttjande

Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Vårdgarantin är författningsreglerad och regionerna är skyldiga att hålla tidsgränserna. För att säkerställa att patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser är det viktigt att det finns rutiner och arbetssätt som skapar bästa möjliga förutsättningar för patienten att få vård inom de tidsgränser som gäller. För att öka tryggheten för patienter som väntar på vård är det också viktigt att patienten hålls informerad om vilka insatser som väntar och när, och vad man själv kan göra för att ett tillstånd inte ska

förvärras under tiden man väntar. Väntan ska vara aktiv, särskilt viktigt är detta för patienter som redan väntat länge.

Regionerna ska därför använda medel till insatser som syftar till att:

- utveckla och förbättra rutiner för att etablera och upprätthålla kontakt med patienten under tiden den väntar,
- utveckla arbetsätt och rutiner som innebär att åtgärder vidtas i god tid, i de fall det finns risk att patienten får vänta längre än vårdgarantins tidsgränser, och
- stärka rutiner som rör regionens informationsskyldighet till patienten vad gäller vårdgarantin och möjligheten att välja utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Samverkan om stödande verksamheter

I dag finns det olika arbetsätt i regionerna för att stödja patienten i frågor som rör vårdgarantin och väntetider, t.ex. vårdlotsar och vårdgarantikanslier. Uppdrag och placering av dessa skiljer sig åt mellan olika regioner men gemensamt är att de kan ha en viktig stödande roll och skapa trygghet för patienten. Att enas kring begrepp, uppdrag och arbetsätt för dessa verksamheter på regional nivå kan underlätta för invånaren och patienten i frågor som rör vårdgarantin, väntetider och vård i annan region och skapa mer nationell likvärdighet.

Regionerna ska därför använda medel till insatser som syftar till att:

- genom samverkan med övriga regioner, tydliggöra och enas kring begrepp, uppdrag och arbetsätt för dessa verksamheter på regional nivå, och
- informera och tydliggöra om hur man som invånare och patient kan få stöd och råd i frågor som rör vårdgarantin och väntetider från dessa verksamheter.

Parterna avser att återkomma kring ytterligare konkreta åtgärder inom detta område i den tilläggsöverenskommelse som aviseras under avsnitt 5.

Rapportering av väntetidsdata

Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 6 kap. 3 § uppfylla sin rapporteringsskyldighet enligt 9 kap. 3 § hälso- och

sjukvårdslagen (2017:30) genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKR.

Regionerna ska fortsätta att rapportera och kvalitetssäkra väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med de överenskomna anvisningarna för modellerna för uppföljning av tillgänglighet. Syftet med gemensamma anvisningar är att få en nationell jämförbarhet av tillgänglighet. Variablerna för inrapporteringen finns beskrivna i anvisningarna för respektive modell.

Regionerna ska 2022 rapportera alla genomförda besök i primärvården och väntande patienter och genomförda besök och operation/åtgärder i den specialiserade vården, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, till den nationella väntetidsdatabasen. Rapporteringen ska ske i enlighet med modellen för utvecklad uppföljning som infördes för primärvården 2019 och för specialiserad vård 2020.

Sedan 2011 finns en målsättning om en förstärkt vårdgaranti för BUP som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Det är av särskild vikt att regionerna förbättrar och kvalitetssäkrar rapporteringen gällande väntetider inom BUP, för att på regional och nationell nivå kunna utveckla effektiva insatser som långsiktigt stärker BUP och minskar den psykiska ohälsan hos barn och unga.

Följande kriterier gäller för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen:

- Svarefrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad under årets alla månader.
- Rapporteringen av faktiska väntetider (genomförda besök/operation/åtgärder) ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser.
- Rapporteringen ska göras enligt de riktlinjer och rutiner som gäller för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. För faktisk väntetid ska samma vårdutbud rapporteras som för väntande.
- Regionernas rapportering för avvikelserna patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan ska följa det regelverk som återfinns i hälso-

och sjukvårdsförordningen för när en patients väntan ska anses som självvald eller medicinskt orsakad.

Vid utebliven eller försenad rapportering kommer regionen inte att kunna ta del av de medel som avses avsättas för 2023.

3.4 Insatser som SKR ska genomföra

SKR ska förvalta den nationella väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen ska utgöra ett stöd i arbetet mot förbättrade väntetider i hälso- och sjukvården. Statistiken i databasen ska möjliggöra jämförelser inom såväl som mellan regioner. Den ska även, om det inte finns särskilda skäl mot detta, möjliggöra jämförelse av väntetider mellan könen.

Datan i väntetidsdatabasen ska presenteras publikt för befolkningen via vantetider.se. Där ska det också framgå hur statistiken kvalitetssäkras för att säkerställa tillförlitlighet. Det ska även tydligt framgå vilka data som finns i väntetidsdatabasen, t.ex. när det gäller privata vårdgivare.

Vidare ska SKR samordna nationella mötesplatser, idéseminarier och workshops, samt initiera projekt för att utbyta och sprida erfarenhet och kunskap om hur tillgängligheten kan förbättras samt utveckla och sprida modeller för en utvecklad uppföljning av tillgänglighet.

SKR ska under 2022 även:

- genom anvisningar och riktlinjer framtagna tillsammans med regionerna ge stöd i regionernas kvalitetssäkring av data, i syfte att möjliggöra nationella jämförelser samt jämförelser avseende kön,
- vidareutveckla presentation och analys av väntetider och ledtider i den nationella väntetidsdatabasen och på vantetider.se, med särskilt fokus på de patienter som har väntat längre än 90 dagar,
- stödja regionerna i uppföljningen av tillgängligheten inom primärvården samt den specialiserade vården, inklusive barn- och ungdomspsykiatri,
- stödja regionerna genom att ansvara för uppföljning och presentation av ledtider i den nationella väntetidsdatabasen för standardiserade vårdförlopp inom cancervården, i enlighet med överenskommelsen om jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022,
- stödja uppföljningen av standardiserade vårdförlopp för andra sjukdomar än cancer,

- stödja regionerna i implementeringen och analys av uppföljning av ledtider inom patologi, och
- fortsätta utveckla uppföljningen av vårdtillfällen i slutenvård, i syfte att ge stöd för förbättrad samverkan mellan kommuner och regioner genom analys och uppföljning av vårdtillfällen som omfattar bland annat indikatorerna ”utskrivningsklara” och ”undvikbar slutenvård”.

4. Rapportering och uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras.

4.1 Regionernas rapportering

Regionerna ska lämna en delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen senast den 30 september 2022. I delredovisningen ska regionerna redovisa sitt fortsatta arbete med den regionala handlingsplanen, inklusive revidering eller utveckling av handlingsplanen (enligt beskrivning i avsnittet 3.3.1. om att Arbeta utifrån den regionala handlingsplanen), status för handlingsplanens genomförande och arbetet för att uppnå uppsatta mål. Handlingsplanen ska bifogas delredovisningen.

Regionerna ska lämna en slutredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen senast den 31 mars 2023. I slutredovisningen ska regionerna redovisa hur de har använt medlen inom ramen för överenskommelsen. Redovisningen ska innehålla en beskrivning av:

- hur 2022 års stimulansmedel har använts för att genomföra insatser i enlighet med vad som anges i överenskommelsen samt resultatet av genomförda insatser,
- hur 2022 års stimulansmedel används till att minska väntetiderna inom BUP samt resultatet av genomförda insatser,
- hur 2021 års stimulansmedel har använts för att stärka det strategiska tillgänglighetsarbetet och förutsättningar för att omhänderta den uppskjutna vården, i enlighet med tilläggsöverenskommelsen 2021, samt resultatet av genomförda insatser.

4.2 SKR:s rapportering

SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2022. I delrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under första halvåret 2022. De ska även redogöra för eventuella hinder och utmaningar som förhindrar att mål och ambitioner för insatserna inom ramen för överenskommelsen kommer att uppfyllas innan årets slut. Det ska av delrapporten framgå vilka insatser som SKR bedömer kan vara aktuella för en eventuell överenskommelse 2023.

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2023. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under 2022 med stöd av de medel som SKR erhållit inom ramen för överenskommelsen. I det ingår att så långt som möjligt redovisa resultat av de olika insatser som genomförts med stöd av medel i överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas, om det inte finns särskilda skäl mot detta.

4.3 Statlig uppföljning

För att skapa en gemensam syn och en långsiktighet i tillgänglighetsarbetet på regional och nationell nivå är det viktigt att det finns en kontinuerlig dialog mellan staten och regionerna om vilka behov som finns för att stärka förutsättningarna för en god tillgänglighet.

De regionala handlingsplanerna utgör grunden för dialogen mellan staten och regionerna för att följa upp tillgänglighetsarbetet. Regeringen har för avsikt att ge en statlig myndighet i uppdrag att följa upp överenskommelsen och föra dialog med regionerna om tillgänglighetsarbetet utifrån varje regions handlingsplan. Regionerna ska delta i dialogen och tillsammans med myndigheten analysera tillgänghetsläget i regionen, samt uppnådda resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen.

SKR ska ge berörda myndigheter tillgång till data från väntetidsdatabasen utifrån respektive uppdrags behov och omfattning. SKR ansvarar även för att informera berörda myndigheter om uppföljningsmodeller och kunskap om hur datan sammanställs.

5. Tilläggsöverenskommelse avseende nationell vårdförmedling

I budgeten för 2022 som riksdagen har beslutat om, framgår det att patienter ska ges möjlighet att söka vård där ledig kapacitet finns. En nationell vårdförmedling bör upprättas för att använda tillgänglig kapacitet till de patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar – oavsett i vilken region den kapaciteten skapas. För ett effektivt nyttjande av ledig kapacitet inom hälso- och sjukvården kommer därför parterna senast den 1 maj 2022 teckna en tilläggsöverenskommelse avseende genomförandet av en nationell vårdförmedling.

Denna tilläggsöverenskommelse avser även att innehålla ytterligare konkreta insatser som regionerna ska genomföra i syfte att stärka sin samverkan kring stödjande funktioner för patienter kopplade till vårdgarantin och väntetider, t.ex. vårdlotsar och vårdgarantikanslier. Se mer under avsnitt ”Samverkan om stödjande funktioner” under 3.3.1.

6. Översynsklausul

Pandemin pågår fortfarande och det är i nuläget inte möjligt att fullständigt bedöma och överblicka effekterna pandemin kommer att ha på vården under 2022. Parterna är eniga om vikten av att upprätthålla tillgången till ordinarie vård för att säkerställa befolkningens hälsa men ser också att hänsyn behöver tas till belastningen på hälso- och sjukvården till följd av pandemin som kan komma att påverka regionernas tillgänglighetsarbete genom denna överenskommelse. I de fall pandemins utveckling på ett väsentligt sätt förändrar förutsättningarna för genomförandet av denna överenskommelse har respektive part möjlighet att begära omförhandling av berörda delar av överenskommelsen.

7. Ekonomiska villkor

Beslut om utbetalning av medel till regionerna sker i separata regeringsbeslut ställda till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg avseende anslag 1:11
Prestationsbundna insatser för att korta värdköerna, anslagspost 1 Insatser för att korta värdköerna.

Medel till regionerna avseende block 1 (ca 2 513 miljoner kronor) fördelas vid två tillfällen under året. I augusti 2022 utbetalas medel baserat på regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för februari till och med

juni 2022. I december 2022 utbetalas medel baserat på regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven under juli till och med november 2022. Vid utbetalningen i december fördelas även medlen i bonuspotten.

Medel till regionerna avseende block 2 (ca 443 miljoner kronor) utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg avseende anslag 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, anslagspost 1 Insatser för att korta vårdköerna. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2022. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Medel som regionen inte har utnyttjat ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023.

Medel till SKR (11 miljoner kronor) utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg avseende anslag 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, anslagspost 1 Insatser för att korta vårdköerna. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2022. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

Medel som SKR inte har utnyttjat ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen har använts av SKR ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av behörig företrädare för SKR.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att från SKR begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

8. Godkännande av överenskommelsen

För staten
genom Socialdepartementet

För Sveriges
Kommuner och Regioner

Stockholm den 27 januari 2022

Stockholm den 28 januari 2022

Maja Fjaestad
Statssekreterare

Staffan Isling
Verkställande direktör

Bilaga 1. Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen.

	kr
Medel till regionerna	
Totalt	2 956 000 000
Medel till SKR	
Totalt	11 000 000
Totalt för överenskommelsen	2 967 000 000

Bilaga 2. Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende från Kammarkollegiet rekvirerade medel inom ramen för denna överenskommelse. I den ekonomiska redovisningen ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2021 med stöd av bidraget. SKR ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvireras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. Datum Underskrift Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress

	5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande
--	---