

# Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården

*Promemoria av utredningen Behovsstyrd vård S 2024:05*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

# Innehåll

<b>Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Om uppdraget.....	4
1.2 Arbetet fortsätter med övriga frågeställningar .....	5
<b>2 Ökat nationellt ansvar för vården i en tid med långa väntetider .....</b>	<b>7</b>
2.1 Långa väntetider som har ökat ytterligare .....	7
2.2 Regeringen vill ha ökad statlig styrning i arbetet med att korta väntetiderna .....	9
2.2.1 En nationell vårdförmedling ska inrättas och överenskommelserna ersätts.....	9
2.2.2 Beslut om nytt ändamål visar på koppling mellan tillgänglighet och kapacitet.....	11
2.3 Ökat anslag för att korta vårdköerna .....	11
2.4 Förslag om statliga engångsinsatser när det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården ökar.....	12
2.4.1 Utredningens förslag till engångsinsatser kräver inga författningsändringar .....	13
2.5 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och hur ersättningen för utomlänsvård fungerar.....	13
2.6 Patienten ska få möjlighet att välja utförare av vård.....	14

2.7	Patienten ska få information om vårdgivare och vårdgaranti.....	15
<b>3</b>	<b>Förslag på engångsinsatser för att korta väntetiderna.....</b>	<b>17</b>
3.1	Behovsstyrd vård som utgångspunkt för våra engångsinsatser.....	17
3.2	Riktade insatser för att korta väntetiderna där förslagen kan göra skillnad för många patienter.....	19
3.2.1	Insatser som kombinerar de offentliga vårdgivarnas kapacitet med de privata och idéburnas .....	20
3.2.2	Utvalda diagnosområden där statliga engångsinsatser kan göra tydlig skillnad .....	21
3.2.3	Uppskattade kostnader för förslaget om ersättning för antalet utförda operationer .....	24
3.3	Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet och ge fler patienter vård i tid.....	25
3.3.1	Befintlig kapacitet i vården kan utnyttjas bättre .....	26
3.4	Vårdkapaciteten kan öka och väntetiderna kortas om åtgärder som inte bör göras fasas ut .....	36
3.4.1	Regionerna följer inte alltid Socialstyrelsens rekommendationer om ”icke-göra” i nationella riktlinjer .....	37
3.5	Förslag till finansiering av engångsinsatser .....	39
<b>4</b>	<b>Utredningens fortsatta arbete .....</b>	<b>40</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>41</b>
Bilaga 1	Expertgrupp och referensgrupper .....	46
Bilaga 2	Beräkningar av kostnader för utförda operationer med tillhörande vård.....	48
Bilaga 3	Begrepp och definitioner.....	51

# 1 Inledning

## 1.1 Om uppdraget

Att som invånare känna förtroende för att hälso- och sjukvården finns tillgänglig där och när man behöver den är avgörande för tilltron till det offentliga systemet. Tillgänglighet och åtgärder riktade mot köer i vården har i många år varit föremål för satsningar från såväl statens som huvudmännens sida. Inte minst i samband med covid-19-pandemin och dess effekt på vårdsystemet har frågan kommit att ställas på sin spets.

Trots många försök under lång tid har det visat sig svårt att komma till rätta med väntetider i vården. Det är ett av de områden där den svenska hälso- och sjukvården sticker ut på ett negativt sätt vid jämförelse med andra länder. Kanske är det också värt att betänka att orsaken till köerna sannolikt har varierat över tid, och därmed behöver de insatser som görs vara anpassade till de aktuella förutsättningarna.

I enlighet med direktiven ska vår utredning, utöver det bredare uppdraget om bland annat vårdgarantin, lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna. Det är en grannliga uppgift eftersom komplexiteten i väntetidsproblematiken inte enkelt låter sig lösas med kortsiktiga insatser. Samtidigt kan konkreta engångsinsatser som är samordnade mellan staten och regionerna bidra till att köer kortas. Processen för att i bred samverkan komma fram till sådana engångsinsatser kan öppna för en

dialog mellan olika aktörer. Det kan i sig öka den gemensamma förståelsen för problembilden och till lösningar även på längre sikt.

Vi lämnar våra förslag på engångsinsatser genom den här promemorian. Ett ledord för de förslag vi presenterar är patientnytta. Vi är väl medvetna om att nyttan av engångsinsatser är omtvistad när det gäller att åstadkomma förändring i komplexa system. Vi har därför gjort bedömningen att när och om sådana insatser vidtas är det särskilt viktigt att kunna visa på direkta effekter ur ett patientperspektiv. Vår förhoppning är att dessa specifika förslag till insatser ska bidra till kortare köer inom delar av hälso- och sjukvården. Vi hoppas också att de i samband med genomförande och uppföljning ska kunna tjäna i lärande syfte.

Det är nödvändigt att beakta risken för undanträngningseffekter. Dessa kan vara av flera slag och vi vill särskilt lyfta följande: 1) risken för att engångsinsatser riktade till vissa delar av systemet kan leda till brist på kompetenser eller medarbetare på andra håll och 2) risken för att en önskan att korta köer inom vissa diagnosgrupper kan medföra att andra grupper köställes, eller 3) att det skapas incitament som ensidigt styr mot att patienter med enklare tillstånd åtgärdas på bekostnad av de med mer komplexa tillstånd. Dessa aspekter beaktar vi i våra förslag och vi redogör för vår syn på hur den problematiken kan hanteras.

Det finns givetvis fler perspektiv att ta hänsyn till i relation till just statliga engångsinsatser. Dessa kan vara av ekonomisk eller juridisk karaktär, och till exempel beröra det kommunala självstyret. Dessa perspektiv måste omhändertas, samtidigt som intentionen i direktiven är tydliga – avsikten är att köer ska kortas. Vi gör bedömningen att det varit möjligt att göra sådana avvägningar att intentionen uppfylls, samtidigt som andra förutsättningar beaktats i tillräcklig omfattning. Det har varit utredningens avsikt att hantera uppdraget på ett sådant sätt.

## **1.2 Arbetet fortsätter med övriga frågeställningar**

Parallellt med framtagandet av denna promemoria har utredningen arbetat med övriga frågeställningar som omfattas av våra direktiv. Flera av de principer och resonemang som omtalas i denna promemoria kommer att vara vägledande även för utredningens

fortsatta arbete. Likaså är det material som utredningen samlat i detta första skede relevant även för det arbete som återstår. Det betyder att inskickat material som inte adresseras tydligt eller refereras till här, till följd av uppdragets begränsning, ändå är att betrakta som en del i utredningens fortsatta arbete.

Vi vill rikta ett särskilt tack till vår expertgrupp och våra fyra referensgrupper med representation från huvudmännen, patienter och brukare, professioner samt privata och idéburna aktörer, som på kort tid och med stort engagemang tagit sig tid att bidra.

Stockholm i januari 2025

Anna Nergårdh

/Anne Wisten  
Rebecca Mosson  
Anton Lesse  
Martina Bergström

## 2 Ökat nationellt ansvar för vården i en tid med långa väntetider

### 2.1 Långa väntetider som har ökat ytterligare

Långa väntetider inom svensk hälso- och sjukvård har varit ett problem länge. Lång väntan på vård får effekter för patienten, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort.

Den senaste statistiken<sup>1</sup> visar att väntetiderna till vården är längre än någonsin: i augusti 2024 hade 89 435 personer väntat längre än vårdgarantins gräns på en åtgärd eller operation inom den specialiserade vården. Det var nästan 2 000 personer fler än i augusti 2023 och var därmed den högsta noteringen sedan mätningarna startade.<sup>2</sup>

Skillnaderna i väntetider mellan regionerna är stora: I Region Norrbotten till exempel, hade i augusti 2024 64 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sitt första besök i specialistvården. Vad gäller väntan på operation eller åtgärd så hade 70 procent väntat längre än 90 dagar – näst intill samma andel (71 procent) gällde även i Region Västerbotten och i Region Jämtland Härjedalen. I Region Jönköpings län var det i stället endast 19 procent som hade väntat längre än vårdgarantins gränser för operation eller åtgärd. Region Stockholm och Region Halland är två andra exempel på regioner där en lägre andel patienter har väntat länge inom den specialiserade vården – 32 respektive 34 procent hade i augusti 2024 väntat längre än 90 dagar i de två regionerna.

Skillnader i väntetider är i flera fall även stora inom en och samma region, något som vi återkommer till i kapitel 3.

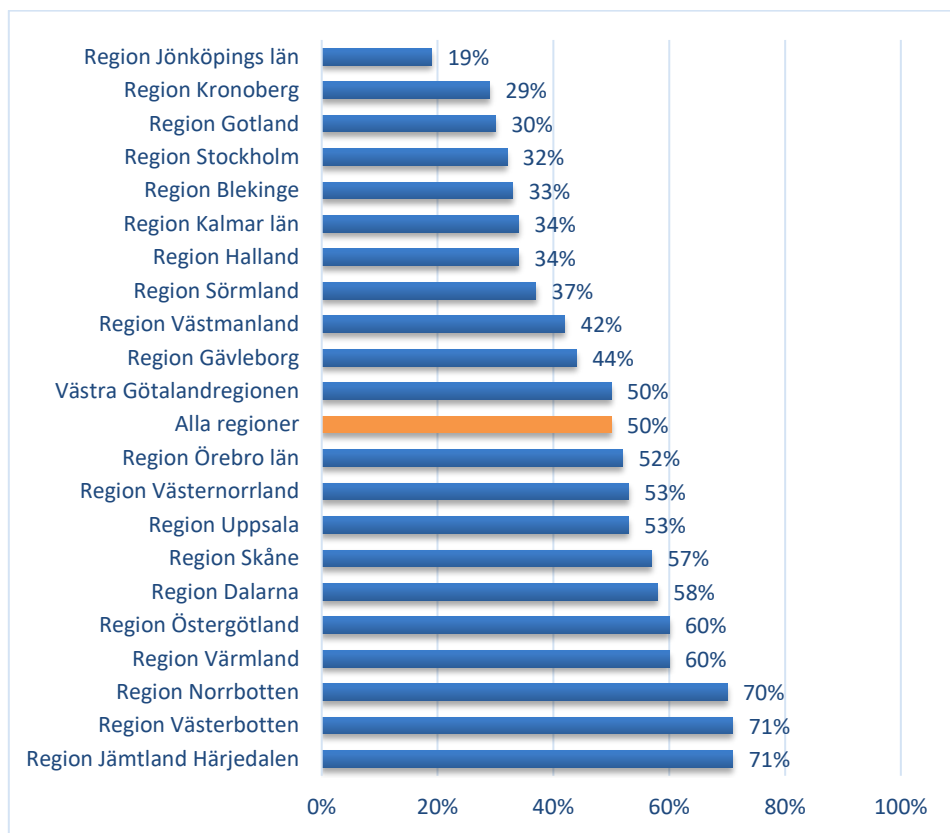
---

<sup>1</sup> Vi har konsekvent använt oss av data från Väntetidsdatabasen eftersom det är den författningsreglerade databasen, som regionerna har rapporteringsskyldighet till.

<sup>2</sup> Se bilaga 3 för definition av vårdgarantin.

Av figur 2.1 nedan framgår andelen patienter i regionerna som hade väntat mer än 90 dagar på en operation eller åtgärd i augusti 2024.

**Figur 2.1** Andel patienter i regionerna som hade väntat mer än 90 dagar på en operation eller åtgärd i augusti 2024



Källa: Väntetidsdatabasen



## 2.2 Regeringen vill ha ökad statlig styrning i arbetet med att korta väntetiderna

Tillgängligheten till vård har varit föremål för statlig styrning under de senaste decennierna.<sup>3</sup> Att vårdgarantin blev lagstadgad 2010 är ett led i detta, liksom införandet av Kömiljarden<sup>4</sup>, så småningom ”den uppdaterade Kömiljarden”, liksom överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), samt flertalet myndighetsuppdrag och tillfälliga satsningar på området.

Att öka tillgängligheten och minska väntetiderna inom hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga även för nuvarande regering. Regeringen avser att öka det nationella ansvaret för vården och vill ha en starkare statlig styrning.<sup>5</sup> Kompetensförsörjning, tillgänglighet och digitalisering är områden som regeringen bedömer är i behov av ett tydligare nationellt perspektiv.<sup>6</sup> Flera steg har tagits i denna riktning: I juni 2023 tillsatte regeringen en parlamentariskt sammansatt kommitté som bland annat ska lämna förslag på möjligheter att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Utredningen, som har tagit namnet Vårdansvarskommittén, lämnar sitt slutbetänkande i juni 2025.

### 2.2.1 En nationell vårdförmedling ska inrättas och överenskommelserna ersätts

Regeringen har för avsikt att inrätta en nationell vårdförmedling i statlig regi.<sup>7</sup> Moderaterna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna avsatte medel för detta redan som oppositionspartier, i det förslag till statsbudget som riksdagen röstade igenom i december 2021.<sup>8</sup> Vårdförmedlingen ingår även i Tidöavtalet och sedan regeringen tillträdde i oktober 2022 har avsikten att inrätta en nationell förmedling upprepats vid ett flertal tillfällen. Permanenta medel finns avsatta för genomförandet.

---

<sup>3</sup> SOU 2022:22, s. 46 f.

<sup>4</sup> RiR 2023:12.

<sup>5</sup> Se regeringsförklaringen från 2022 eller 2024 till exempel.

<sup>6</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).

<sup>7</sup> Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige.

<sup>8</sup> Bet. 2021/22:FiU1, rskr.2021/22:46.

Tanken är att en nationell vårdförmedling ska kunna redovisa ledig kapacitet och patienter ska ges möjlighet att söka vård i hela landet. På så vis ska patienter snabbare erbjudas vård.

Regeringen har gett Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling.<sup>9</sup> De två myndigheterna arbetar även med ett uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider.<sup>10</sup> Regeringen har även gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.<sup>11</sup>

Utvecklingen av överenskommelserna mellan regeringen och SKR visar också på regeringens intention att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården: Den 12 december 2024 beslutade regeringen om förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252), samt om förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253). De båda förordningarna ersätter från och med 2025 tidigare överenskommelser mellan regeringen och SKR inom de båda områdena. Socialstyrelsen ska enligt förordningarna fördela bidragen till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer.

Redan i arbetet kopplat till överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024 gav regeringen Socialstyrelsen en mer central roll i arbetet. Socialstyrelsen hade även tidigare haft i uppdrag att följa upp överenskommelserna<sup>12</sup> men fick en ny roll från och med maj 2024, genom att även ta emot och bedöma rapporteringen från regionerna om arbetet med överenskommelserna. Det var utifrån Socialstyrelsens bedömning

---

<sup>9</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).

<sup>10</sup> Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 (delvis). Regeringen beslutade att förkorta tiden för uppdraget i maj 2024: Förkortad tid för uppdraget att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 (delvis).

<sup>11</sup> Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas S2022/01372 (delvis). Uppdraget ändrades genom beslut 22 juni 2023.

<sup>12</sup> Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet S2022/01644 (delvis).

som drygt 1,2 miljarder kronor av överenskommelsens medel betalades ut i december 2024.<sup>13</sup>

## 2.2.2 Beslut om nytt ändamål visar på koppling mellan tillgänglighet och kapacitet

I december 2023 beslutade riksdagen om ett nytt ändamål för det anslag i statens budget som specifikt är avsett för insatser som kortar vårdköerna. *Kapacitet* kopplas samman med *tillgänglighet* på ett tydligt sätt:

Anslaget [1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9] får användas för utgifter för prestationsbundna statsbidrag till regionerna för att kontinuerligt arbeta för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom att korta vårdköer och väntetider samt öka vårdens kapacitet och antalet disponibla vårdplatser. Medel inom anslaget får också användas för bidrag till Sveriges Kommuner och Regioner och till myndigheter för att stödja och följa upp regionernas arbete.<sup>14</sup>

Den koppling som regeringen vill lyfta fram mellan kapacitet och tillgänglighet framgår även av det uppdrag som Socialstyrelsen fick i maj 2024, *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*.<sup>15 16</sup>

Även våra direktiv visar på förståelsen för sambandet mellan kapacitet och väntetider, se vidare i avsnitt 2.4.

## 2.3 Ökat anslag för att korta vårdköerna

Anslag 1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9, har vuxit stadigt de senaste åren – från cirka 3 miljarder kronor 2020–2023 till knappt 5 miljarder kronor 2024. I

---

<sup>13</sup> Se Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, S2024/01059 (delvis) samt Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024, S2023/03331 (delvis).

<sup>14</sup> Prop. 2023/24:1, Utgiftsområde 9, bet. 2023/24:FiU1, rskr. 2023/24:47.

<sup>15</sup> Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S2024/01058 (delvis).

<sup>16</sup> I samband med att uppdraget gavs beslutade regeringen att de två separata uppdrag som myndigheten tidigare haft inom tillgänglighet respektive kapacitetsplanering skulle upphöra. Den 1 december 2024 lämnade Socialstyrelsen en delredovisning, i form av en plan för myndighetens fortsatta arbete med uppdraget.

december 2024 beslutade riksdagen att anslaget ska uppgå till 7,5 miljarder kronor 2025. Av dessa medel är 2,5 miljarder kronor en ökning 2025 ”för ett fortsatt arbete med att öka tillgängligheten genom att korta värdköer och väntetider samt öka vårdens kapacitet och antalet vårdplatser.”<sup>17</sup> Anslaget beräknas även öka 2026 och 2027 och då uppgå till cirka 4,3 respektive 4,7 miljarder kronor.<sup>18</sup>

Även anslag 1:6, *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*, utgiftsområde 9, ökar 2025 jämfört med tidigare beräknade nivåer. Den del som är särskilt relevant för utredningen är ökningen av anslagsposten för inrättandet av Nationell vårdförmedling – den posten ökar med 150 miljoner kronor 2025. Totalt finns 250 miljoner kronor på anslagsposten 2025.

## **2.4 Förslag om statliga engångsinsatser när det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården ökar**

Regeringens inriktning, att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården, avspeglas i utredningens direktiv. Regeringen konstaterar att staten under en lång tid har riktat satsningar till huvudmännen för att påverka hälso- och sjukvården i önskad riktning – ändå har väntetiderna fortsatt att öka. Det är i detta sammanhang våra direktiv ges. Vad gäller den del av uppdraget som redovisas genom denna promemoria så ska vi:

- lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att öka en enskild regions eller samtliga regioners förutsättningar för att korta väntetiderna
- redogöra för de rättsliga förutsättningarna för staten att genomföra föreslagna engångsinsatser, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

---

<sup>17</sup> Prop. 2024/25:1, Utgiftsområde 9.

<sup>18</sup> Bet. 2024/25:FiU1, rskr. 2024/25:49.

Kopplingen mellan kapacitet och kortare väntetider, som vi skrev om tidigare i kapitlet, görs även i direktiven:

Det bör därför utredas hur staten ska kunna genomföra riktade och tidsbegränsade engångsinsatser, tillsammans med en eller flera regioner, för att korta vårdköer och öka vårdkapaciteten utifrån regionernas behov och förutsättningar. Exempel på sådana insatser kan vara att en sjukvårdshuvudman (region) tilldelas statliga medel i syfte att tillfälligt öka den egna vårdkapaciteten eller upphandla vård från privata vårdgivare.<sup>19</sup>

#### **2.4.1 Utredningens förslag till engångsinsatser kräver inga författningsändringar**

Vi har strävat efter att lämna förslag som är konkreta och som snabbt kan genomföras. Vi anser därför att det är lämpligt om de förslag som lämnas kan genomföras med stöd av befintlig lagstiftning. Utredningens förslag är exempelvis utformade för att inte riskera att påverka det kommunala självstyret eller komma i konflikt med EU:s regler för statligt stöd.

Utredningen bedömer att det finns rättsliga förutsättningar att genomföra de förslag som vi lämnar i kommande avsnitt. Det har inte framkommit några rättsliga hinder för att genomföra förslagen under utredningens arbete.

#### **2.5 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och hur ersättningen för utomlänsvård fungerar**

Regionerna har som huvudmän ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till den som bor och stadigvarande vistas inom regionen. Regionen ska även erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. Regionen får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av

---

<sup>19</sup> Dir. 2024:50.

en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det, eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.

Regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård, 7 kap. 2 § HSL.

Regionerna får med bibehållet huvudmannskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för, 15 kap. 1 § HSL.

Som huvudregel gäller att patientens hemregion ska ersätta kostnaden för vård som en annan region har utfört enligt 8 kap. 3 § 2 st. HSL. HSL reglerar inte frågor som samverkan mellan regioner om hälso- och sjukvård, hur den samverkan ska genomföras, hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande region och privat vårdgivare med kontrakt med region. Den typen av frågor regleras i stället i riksavtal för utomlänsvård och kommentarer från SKR<sup>20</sup>, regionavtal inom sjukvårdsregionerna, mellanlänsavtal eller i avtal med privata och idéburna vårdgivare.

## **2.6 Patienter ska få möjlighet att välja utförare av vård**

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Det gäller både inom hemregionen och om patienten väljer att söka vård i en annan region. Det innebär att hemregionen inte har möjlighet att påverka patientens val genom att kräva betalningsförbindelser eller godkännande i förväg.<sup>21</sup> Patienten har möjlighet att antingen välja en offentlig eller en privat utförare, så länge denna har avtal med regionen.

---

<sup>20</sup> Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, Sveriges kommuner och landsting.

<sup>21</sup> Prop. 2013/14:106, s. 87–88.

## 2.7 Patienten ska få information om vårdgivare och vårdgaranti

Enligt 3 kap. 2 § 1 p. patientlagen ska patienten få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Av 3 kap. 2 § 5 p. patientlagen framgår att patienten även ska få information om vårdgarantin. När bestämmelsen om informationsskyldighet infördes i HSL uttalade regeringen följande i prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*:

I kravet på att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin ligger att - utifrån vad situationen i det enskilda fallet kräver - informera om både innehållet i och innebörden av vårdgarantin samt om det kan förväntas att patienten kan ges besök eller åtgärd inom de tidsgränser som följer av vårdgarantin. Av detta följer att patienten ska ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd. Information om den aktuella kösituationen i landstinget i någon mer allmän mening är dock inte relevant i detta sammanhang.

Om det bedöms att landstinget inte kommer att klara att upprätthålla de tidsgränser som följer av vårdgarantin ligger det vidare i informationskravet att patienten ska informeras om detta liksom om de åtgärder som landstinget avser att vidta, bl.a. hur man ska fullgöra skyldigheten att se till att patienten kan ges vård hos någon annan vårdgivare (se mer om denna skyldighet i avsnitt 6.5).

Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, dvs. inte endast vid den första kontakten med patienten. Om det av någon anledning uppkommer en situation som påverkar väntetiden till vård ska patienten informeras om detta.<sup>22</sup>

När patientlagen infördes 2015 flyttades bestämmelsen om informationsskyldighet över till den. I samband med införandet uttalade regeringen följande:

Individuellt anpassad information i en aktuell vårdsituation är det som ger störst effekt för att i praktiken genomföra vårdgarantin och hjälpa patienten att utnyttja garantin eller sina valmöjligheter. Att informera handlar även om att vägleda patienterna så att de kan få den praktiska hjälp som behövs för att de ska kunna ta till vara sina möjligheter. Regeringen anser därför att det är problematiskt att allmänheten och patienterna inte har tillräcklig information om valmöjligheter och

---

<sup>22</sup> Prop. 2009/10:67, s. 49.

vårdgarantin. Mot bakgrund av detta är det angeläget att en bestämmelse om skyldigheten att informera patienten om möjligheten att välja vårdgivare och utförare och om vårdgarantin tas in i den nya patientlagen.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Prop. 2013/14:106, s. 50.



## 3 Förslag på engångsinsatser för att korta väntetiderna

Utredningen föreslår engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna i vården. Insatserna presenteras i kommande avsnitt och är indelade i tre områden:

- Särskilda satsningar på några utvalda diagnosområden (avsnitt 3.2)
- Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet i vården (avsnitt 3.3)
- Fasa ut åtgärder som inte bör göras (avsnitt 3.4).

Medan det första området handlar om specifika grupper av patienter, är de två senare sådana som kan förbättra förutsättningarna att korta väntetiderna inom flera delar av vården. Avsikten är att förslagen ska ses som en helhet och att de kompletterar varandra.

### 3.1 Behovsstyrd vård som utgångspunkt för våra engångsinsatser

Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.<sup>24</sup> Regeringen bedömer att det är angeläget att den statliga styrningen i högre grad bidrar till målet att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det är också angeläget att hälso- och sjukvården lever upp till de krav som framgår av HSL och patientlagen (2014:821) på en

---

<sup>24</sup> 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

lätt tillgänglig vård som tillgodoser trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.<sup>25</sup>

Behovsprincipen är central för utredningens arbete, vilket inte minst tar sig uttryck i det namn som utredningen valt, Behovsstyrd vård. Tre principer som riksdagen har beslutat om är också ledande för våra vägval: människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.<sup>26</sup> De tre principerna utgör tillsammans en etisk plattform som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det finns inte någon detaljerad vägledning för hur prioriteringar ska göras inom vården, men plattformen anger en inriktning och ger förutsättningar för mer medvetna ställningstaganden.<sup>27</sup>

Det är samtidigt inte självklart att utgå från behovssolidaritetsprincipen som enda grund till prioriteringar i hälso- och sjukvården, eftersom det kan leda till att oproportionerligt stora resurser läggs på en viss patientgrupp. Bedömningen av patientens behov av vård kan inte heller endast omfatta det aktuella hälsotillståndet – hänsyn måste också tas till om det finns en risk för framtida ohälsa. Vidare behöver åtgärder som innebär höga kostnader eller stora organisatoriska krav vila på mycket stor säkerhet i bedömningen av patientnytta för att ges högre prioritet.<sup>28</sup>

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys erbjuder den nationella statistiken begränsade möjligheter att analysera om resurserna fördelas efter behov och hur väl behoven tillgodoses i olika sjukdomsgrupper.<sup>29</sup> Myndigheten konstaterar att en indikator som kan vara till hjälp för att analysera om vård ges efter behov är att mäta väntetider. Vidare kan uppgifter om väntetider ge insikter om att patienter med sjukdomar där behoven generellt är stora väntar betydligt längre på behandling jämfört med patienter med sjukdomar där behoven generellt är mindre.<sup>30</sup> Detta konstaterande är något som vi tagit till oss i valet av diagnosområden nedan.

---

<sup>25</sup> Dir. 2024:50.

<sup>26</sup> Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovssolidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de två första använts. Bet. 1996/97:SoU14.

<sup>27</sup> Prop. 1996/97:60, s. 19.

<sup>28</sup> Carlsson & Waldau (Redaktörskap) 2013.

<sup>29</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.

<sup>30</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.

### 3.2 Riktade insatser för att korta väntetiderna där förslagen kan göra skillnad för många patienter

**Utredningens förslag:** En engångsutbetalning av medel till samtliga regioner i syfte att ge fler patienter tillgång till vård och därmed korta väntetiderna. Utbetalningen görs i slutet av året och är direkt kopplad till antalet utförda operationer av höftledsprotés, framfall och grå starr inom respektive region. Genom att möjliggöra för fler patienter att opereras, av offentliga eller privata vårdgivare, kortas väntetiderna – även för patienter med stora vårdbehov som behöver få sin operation utförd på sjukhus.

Förslaget innebär en satsning på att fler patienter får den vård de behöver vad gäller:

- operation av höftledsprotés
- operation av framfall
- operation av grå starr.

Utredningens bedömning är att valet av diagnosområden kan motiveras utifrån att dessa präglas av långa väntetider. Köerna byggdes upp under pandemin då vård som inte var akut behövde skjutas upp – hit hör bland annat dessa operationstyper. Det är också stora grupper av patienter som drabbas. I många fall riskerar tillstånden hos dessa patienter att förvärras endast på grund av väntan på vård. Att inte vidta relativt okomplicerade åtgärder, som att utföra dessa operationer, kan leda till allvarigare tillstånd som kräver mer av vårdens resurser. Förslaget kan leda till stor patientnytta med relativt begränsade medel.

Vårt förslag går ut på att satsningen kombineras med åtgärder för att bättre utnyttja befintliga samordnande funktioner, vilket vi redogör för i avsnitt 3.3.

### **3.2.1 Insatser som kombinerar de offentliga vårdgivarnas kapacitet med de privata och idéburnas**

Höftprotesoperation, framfallsoperation och operation av grå starr handlar i många fall om ingrepp som inte kräver akutsjukhusens resurser. Operationstyperna är sådana som privata och idéburna vårdgivare menar att de skulle kunna utföra fler av, vilket kunde leda till kortare vårdköer. Utredningen konstaterar att en summa pengar från staten kan göra skillnad för att korta väntetiderna inom dessa diagnosområden, bland annat med hjälp av privata vårdgivare.

Det lyfts ofta fram att privata vårdgivare ägnar sig åt ingrepp på relativt sett friskare patienter. Denna farhåga är också något som framgår av våra direktiv och som vi särskilt har haft i åtanke vid val av diagnosområden.

Regionerna kan genom vårt förslag välja att utföra operationerna i egen regi, inklusive diagnostiska och rehabiliterande åtgärder, men om den egna kapaciteten inte räcker till kan regionerna utnyttja de avtal som finns med privata vårdgivare. Om privata vårdgivare tar hand om en del av de ”enklare” patienterna frigörs samtidigt kapacitet för sjukhusen att ta hand om dem som har mer komplexa behov.

Sammantaget bedömer utredningen att argumenten för att välja ut några diagnosområden som särskilt lämpade för engångsinsatser överväger motargumenten.

#### *Viktiga skillnader i vårt förslag jämfört med tidigare Kömiljardsatsningar*

Vårt förslag skiljer sig från tidigare satsningar för att korta vårdköerna, som Kömiljarden och den från 2019 nya, uppdaterade Kömiljarden. Det handlade i de fallen om att regionerna skulle hantera en viss andel av patienterna inom en viss tidsperiod, respektive ha kortat sina väntetider jämfört med föregående år. Sådana satsningar har kritiserats, bland annat av Riksrevisionen, och även regeringen har lyft fram dess brister. En uppenbar risk med den typen av satsningar är att undanträngningseffekter uppstår: köerna kortas inom de områden som prestationsbaserade medel utgår för, men växer i stället inom andra.

Vårt förslag innebär en direkt korrelation mellan antalet utförda operationer och utbetalning av medel. Eftersom det handlar om en engångsutbetalning bedömer vi risken som lägre att undanträngningseffekter uppstår, i form av att andra diagnosområden prioriteras ned inom regionen, jämfört med tidigare prövade prestationsmodeller. Detsamma gäller risken för att personal flyttar från offentlig till privat sektor – eftersom det handlar om en begränsad insats under en viss tid bedömer vi risken för personalövergång som låg. Risken blir också lägre av att regionerna kan välja att utföra operationerna i den egenägda vården.

Inte minst bedömer vi att förslaget på engångsinsats kan bli effektivt i kombination med förbättrade arbetssätt och ökat utnyttjande av avtal, som vi redogör för i avsnitt 3.3.

### **3.2.2 Utvalda diagnosområden där statliga engångsinsatser kan göra tydlig skillnad**

#### **Många väntar länge på operation av sin höftled**

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt drygt 1 700 personer väntat längre än 90 dagar på sin höftprotesoperation. En del av dem som väntar på operation är äldre, men det finns även många i arbetsför ålder. Oavsett vilket så vittnar många om stort lidande i väntan på vård. Samtidigt visar en undersökning från Försäkringskassan att var fjärde sjukskriven med besvär i rörelseorgan, som höfter eller knän, anger att de hade kunnat arbeta tidigare om de fått vård snabbare.<sup>31</sup> Forskning visar också att väntan i vårdkö, med sjukskrivning som följd, ökar risken för att inte komma tillbaka till jobbet alls.<sup>32</sup>

Under hösten 2024 har media rapporterat om orättvisor i väntetider på vård och om hur de som är sjukast får vänta längre – inte minst just på sin höftprotesoperation. Utredningen konstaterar att skillnader i väntetider för operation är stora – mellan regioner men också mellan sjukhus och andra vårdgivare inom en och samma region. Skillnaderna är i vissa fall även stora mellan närliggande regioner: I Region Västerbotten, Norrbotten och Jämtland

---

<sup>31</sup> Försäkringskassan 2024.

<sup>32</sup> Godøy m.fl. 2024.

Härjedalen hade till exempel i augusti 2024 70 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på en höftprotesoperation. Motsvarande andel var endast 20 procent i Region Västernorrland.

Det är även stora skillnader mellan olika patientgrupper: I Stockholm går det (i oktober 2024) till exempel att få tid till en offentligt finansierad höft- eller knäoperation inom en till sex veckor. Detta gäller dock endast så kallade ”enkla” patienter som inte bedöms behöva tillgång till vårdplats eller intensivvård. Patienter med större vårdbehov, som har underliggande sjukdomar eller mer komplicerade ledproblem, behöver däremot få sin operation utförd på sjukhus. För dessa patienter är väntan på operation längre.

Sett över hela landet hade i augusti 2024 drygt 50 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin höftprotesoperation. Andelen var ungefär densamma för kvinnor som för män. Totalt i hela landet väntade 3 019 kvinnor och 2 093 män på höftprotesoperation i augusti 2024.

## **Stort lidande och lång väntan på operation av framfall**

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt 1 200 kvinnor väntat längre än 90 dagar på sin operation av framfall. Väntan på bedömning och eventuellt beslut om operation av framfall är ofta lång och svår. Många drabbade kvinnor upplever dessutom att ämnet är känsligt och svårt att prata om.

Även vad gäller denna typ av operation så varierar väntetiderna mellan regionerna och även mellan vårdgivare inom en och samma region. I Region Skåne respektive i Region Jämtland Härjedalen hade 70 respektive 75 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin operation av framfall i augusti 2024. Även i Region Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland exempelvis är väntetiderna långa – där hade samma månad cirka 60 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin operation. I andra regioner är vänteläget ett annat: I Region Sörmland hade exempelvis 22 procent av patienterna väntat längre än vårdgarantins gräns i augusti 2024, i Region Halland 30 procent och i Region Stockholm 39 procent.

Sett över hela landet hade i augusti 2024 59 procent av patienterna (1 594 personer) väntat längre än 90 dagar på sin operation. Totalt var det 2 685 kvinnor som väntade på sin operation av framfall i augusti 2024. Ungefär hälften av dessa var 65 år eller äldre.

### **Många väntar länge på en operation som gör stor skillnad – grå starr**

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt 4 500 personer väntat längre än 90 dagar på sin operation av grå starr.

Grå starr är en ögonsjukdom som gör att ögats lins blir grumlig. När sjukdomen försämrar synen så att det dagliga livet försvåras kan en operation bli aktuell. Då byts linsen ut mot en konstgjord lins av plast. För de patienter som inte har några ytterligare ögonsjukdomar medför operationen en synförbättring för mer än 90 procent.<sup>33</sup>

Även vad gäller den här typen av operation så varierar väntetiderna mellan regionerna: i Region Stockholm hade endast sju procent av patienterna väntat längre än 90 dagar. I Västerbotten hade i stället 70 procent väntat längre än 90 dagar. I de närliggande regionerna Västernorrland respektive Jämtland Härjedalen var motsvarande andelar endast 37 respektive 38 procent. I landet i stort var motsvarande siffra 41 procent – andelen var ungefär densamma för kvinnor som för män. Totalt väntade 6 310 män och 8 483 kvinnor på operation av grå starr i augusti 2024.

Grå starr är en åldersrelaterad sjukdom och befolkningens åldersfördelning spelar därför roll för hur många operationer som behövs i en region. Mer än hälften av landets operationer av denna typ utförs av privata vårdgivare och under 2023 utfördes cirka 11 procent av alla operationer utanför patientens hemregion.<sup>34</sup> En fördel med att välja ut diagnosområdet grå starr som föremål för en engångsinsats är att ingreppet vanligen inte kräver operationssjuksköterskor, som det generellt råder brist på.

---

<sup>33</sup> Synskadades riksförbund, <https://www.srf.nu/synskador/diagnoser/katarakt-gra-starr/> (hämtat 2024-11-28).

<sup>34</sup> Nationella Kataraktregistret 2023.

### **3.2.3 Uppskattade kostnader för förslaget om ersättning för antalet utförda operationer**

Som framgått ovan handlar insatsen om att en engångsutbetalning av medel görs till samtliga regioner i slutet av året. Utbetalningen är enligt förslaget i direkt relation till antalet utförda operationer av höftledsprotés, framfall och grå starr inom respektive region.

Vi bedömer att kostnaderna för att ersätta regionerna för de utförda operationstyperna uppgår till cirka 284 miljoner kronor. Till detta tillkommer utgifter för resor och andra omkostnader med cirka 30 miljoner kronor. Den uppskattade fördelningen av kostnaderna ser ut som följer:

- 177 miljoner kronor för ersättning för operationer av höftledsprotés,
- 42 miljoner kronor för ersättning för operationer av framfall och
- 65 miljoner kronor för ersättning för operationer av grå starr.

I de uppskattade kostnaderna är hänsyn tagen till bedömningsbesök, eventuell medicinsk service, eventuell slutvårdsrehabilitering samt postoperativt besök. Vi har i våra beräkningar utgått från en ungefärlig kostnad för operationer utförda i offentlig regi. För ytterligare detaljer, se bilaga 2.

#### **Medel föreslås fördelas efter regionernas invånarantal, men även efter vårdbehov**

Utredningens förslag är att varje region tilldelas en viss andel av totalsumman på 314 (284+30) miljoner kronor. Från varje regions andel utgår sedan ersättning för de utförda operationerna. Vid fördelning av medel till regionerna föreslår vi att hänsyn, utöver invånarantal, även tas till standardkostnaden för hälso- och sjukvården.

En regions standardkostnad<sup>35</sup> för hälso- och sjukvård beräknas bland annat utifrån befolkningens vårdbehov, till exempel andelen äldre invånare, merkostnader för hälso- och sjukvård till följd av befolkningens bosättningsmönster, samt merkostnader för små

---

<sup>35</sup> Se förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).



regioner. Syftet med kostnadsutjämningen är att jämna ut för de kostnads- och behovsskillnader som regionerna inte kan påverka.

Vi föreslår att fördelningen av medel tar hänsyn till regionernas standardkostnad eftersom det ger en mer rättvisande bild av behovet av vård i regionen, jämfört med det vanligaste tillvägagångssättet, att endast fördela medel i relation till invånarantalet i regionen. Detta bland annat mot bakgrund av att de diagnosförlopp vi föreslår är åldersrelaterade. Befolkningens åldersfördelning påverkar därför hur många operationer som behöver utföras. Under 2023 var exempelvis medelåldern för primär elektiv höftprotes 69 år.<sup>36</sup>

### **3.3 Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet och ge fler patienter vård i tid**

Utredningen föreslår nedan två engångsinsatser som syftar till att bättre utnyttja tillgänglig kapacitet och befintliga avtal i hälso- och sjukvården. Vi menar att dessa insatser kan leda till att fler patienter får vård i tid och att väntetiderna kortas.

Avsikten är att insatserna ska komplettera de förslag som pågående regeringsuppdrag kan mynna ut i, inte minst de förslag som rör den nationella vårdförmedlingen.

**Utredningens förslag:** Utbetalning av medel till samtliga regioner för att förstärka respektive regions vårdgarantifunktion. Syftet är att regionerna i högre utsträckning än i dag ska erbjuda väntande patienter vård hos en annan vårdgivare, med fördel inom de utvalda diagnosområdena höftprotesoperation, operation av framfall samt grå starr.

Utredningens förslag innebär att regionerna får ökade resurser för att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för att vid behov hänvisa väntande patienter till en vårdgivare med ledig kapacitet, offentlig eller privat sådan. Med väntande patienter avser vi patienter som inte bedöms få sin operation eller åtgärd utförd inom vårdgarantins gräns om 90 dagar, eller som redan väntat längre än 90 dagar. Medlen kan med fördel användas till insatser inom de diagnosområden som vi

---

<sup>36</sup> Svenska Ledprotesregistret. Årsrapport 2024.

föreslår för riktade insatser i avsnitt 3.2 – detta kan ytterligare korta väntetiderna inom de områdena.

Vårdgivaren som hänvisas till kan finnas inom den egna regionen, men det kan också handla om att förmedla patienter till andra regioner. Syftet är att bättre utnyttja tillgänglig vårdkapacitet och på så vis korta väntetiderna. I arbetet med att utveckla arbetssättet vid funktionerna ingår även att höja kunskapsnivån om de avtal som finns med privata vårdgivare.

Regionerna kan i sitt arbete särskilt beakta den rutin som Västra Götalandsregionen har tagit fram för att se till att patienter får vård inom vårdgarantins gränser.

Utredningen föreslår även ett regeringsuppdrag till Upphandlingsmyndigheten. Det finns administrativa hinder som gör att regionerna inte använder sig av fullt ut av tillgänglig kapacitet i upphandlade vårdavtal.

**Utredningens förslag:** Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten att stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.

### 3.3.1 Befintlig kapacitet i vården kan utnyttjas bättre

Såväl huvudmän som privata vårdgivare har lyft fram till utredningen att det finns svårigheter kring att effektivt använda befintlig kapacitet i vården.<sup>37</sup> Många patienter väntar längre på vård än vad de skulle behöva göra. Detta trots flera nationella initiativ och statliga insatser, stimulansmedel via överenskommelser, samt lagstiftning inom området.

---

<sup>37</sup> Se även Vårdföretagarna, *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti*, <https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-varldgaranti/> (hämtad 2024-12-11) och Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården, oktober 2024* <https://www.vardforetagarna.se/varldskulden/> (hämtad 2024-12-11).

## Tre steg för att hitta kapacitet till väntande patienter

Regionerna har en skyldighet att informera om vårdgarantin och att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser till patienter som omfattas av regionens ansvar. Regionerna är även skyldiga att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten, i de fall tidsgränserna i vårdgarantin inte kan uppfyllas.<sup>38</sup> Vi har fått en modell beskriven för oss som delar in regionernas arbete i tre steg:<sup>39</sup>

- Steg 1 är att kontrollera om det finns kapacitet hos någon annan offentlig vårdgivare inom regionen.
- Steg 2 är att kontrollera om regionen har några samarbeten med andra regioner där det finns ledig kapacitet hos offentlig vårdgivare, eller om det finns ledig kapacitet hos de privata vårdgivare som den egna regionen har avtal med.
- Steg 3 är att kontrollera om någon annan region har avtal med privata vårdgivare som regionen kan använda sig av. Vanligen sker det då först inom sjukvårdsregionen eller med någon annan region som regionen samarbetar med. I sista hand kontrolleras hela Sverige.

Denna modell bekräftas av våra referensgrupper, samt våra experter från berörda organisationer. Utredningen är av uppfattningen att det finns olika hinder som gör att processen, särskilt under steg 2 och 3 ovan, inte fungerar så bra som den skulle kunna göra. Detta utvecklas i kommande avsnitt.

*Vårdgarantifunktionen ska kontrollera om det finns ledig kapacitet hos någon annan vårdgivare*

Majoriteten av regionerna har en central vårdgarantifunktion med samordnande ansvar. När en sådan funktion finns – under benämningar som exempelvis vårdgarantikansli, vårdlots, kögeneral eller tillgänglighetsfunktion – så är det vanligen den funktionen som

---

<sup>38</sup> Se 3 kap. 2 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.

<sup>39</sup> Modellen syftar till att ge en övergripande bild över hur regionerna arbetar, avvikelser kan förekomma.

gör kontrollerna av tillgänglig kapacitet enligt trestegsmodellen ovan.<sup>40</sup>

Vårt förslag för mer strukturerade arbetssätt riktar sig därför till denna funktion. Det förslag till engångsinsats som vi lämnar för att stärka vårdgarantifunktionerna är till nytta för alla tre stegen i modellen.

Vi bedömer att ett mer strukturerat arbetssätt, bättre kunskap om vårdgarantin och patienters rättigheter, samt högre kännedom om ledig kapacitet i vården behövs på respektive regions vårdgarantifunktion. Till det senare hör även ökad kunskap om avtal med privata vårdgivare. Samtidigt behöver informationen till patienterna om vårdgarantin förbättras.

### **Kapaciteten i vården kan utnyttjas mer genom förbättrade arbetssätt och höjd kunskapsnivå i arbetet med de tre stegen**

Det finns flera utmaningar som är kända sedan tidigare, som försvårar arbetet med att utnyttja befintlig kapacitet och nå kortare väntetider i vården. En sådan utmaning är brister i data för väntetider, en annan är brister i kunskap hos medarbetare om patienters rättigheter i förhållande till vårdgarantin. En tredje är att patienter ofta inte heller känner till sina rättigheter – men att de förväntas och behöver göra det för att snabbare få vård. Dessa utmaningar riskerar att försvåra för samtliga tre steg i den process som vi beskriver ovan, inklusive det första steget, som handlar om att kontrollera om det finns kapacitet hos någon annan offentlig vårdgivare inom den egna regionen.

#### *Risk för felaktig bild av kösituationen om data inte stämmer*

Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) uppfylla sin rapporteringsskyldighet enligt HSL genom att lämna uppgifter om väntetider till SKR:s väntetidsdatabas.<sup>41</sup> Riksrevisionen har tidigare kritiserat denna ordning eftersom SKR i detta fall används som en myndighet trots att det är en privaträttslig

---

<sup>40</sup> I de fall en sådan funktion saknas så görs kontrollerna av tillgänglig kapacitet inom linjeorganisationen, hos den vårdgivare som saknar ledig kapacitet.

<sup>41</sup> 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen samt 9 kap. 3 § HSL.

organisation, som till exempel inte omfattas av reglerna om offentlighet och sekretess.<sup>42</sup> Statistiken som SKR tar fram omfattas inte heller av de kvalitetskriterier som finns för Sveriges officiella statistik. I lagen om den officiella statistiken (2001:99) finns särskilda kvalitetskrav om bland annat noggrannhet och jämförbarhet.

I överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har staten och SKR kommit överens om kriterier för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen för att den ska kunna fylla sin funktion i förhållande till vårdgarantin. Ett kriterium har till exempel varit att svarsfrekvensen för rapportering av patienter som väntar på vård och faktisk väntetid ska uppgå till minst 95 procent varje månad under hela året.<sup>43</sup> Kriterier i en överenskommelse är dock inte tvingande för regionerna och kan inte likställas med till exempel en rättsligt bindande föreskrift. Detta har bland annat tidigare konstaterats av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.<sup>44</sup>

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda hur data för väntetider kan utvecklas eller samordnas bättre mellan regionerna. Vi kan dock konstatera att om väntetider rapporteras in på olika sätt från olika vårdgivare eller regioner så ger det en felaktig bild av kösituationen och av var det finns ledig kapacitet. Detta kan i sin tur leda till att kapacitet inte utnyttjas och att patienter förblir väntande i stället för att få vård.

### *Informationen om vårdgarantin behöver förtydligas och nå ut till fler patienter*

Utredningen konstaterar att regionerna genom sina vårdgarantifunktioner snarare uttrycker att de *stödjer* processen med att hänvisa patienter vidare, när patienten åberopar vårdgarantin – än att regionen själv bär ansvaret för att tillgodose patientens behov.

Tillgänglighetsdelegationen lyfte fram att regionernas vårdgarantifunktioner ofta förväntar sig att patienten tar initiativ till kontakt för att åberopa vårdgarantin. *Projekt hänvisning* visade att det i många regioner saknas rutiner för att informera och stödja

---

<sup>42</sup> Riksrevisionen, RiR 2017:3.

<sup>43</sup> Se till exempel s. 9 i överenskommelse Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024.

<sup>44</sup> SOU 2024:43.

väntande patienter om rätten att bli hänvisade till vård hos annan vårdgivare, när väntan riskerar att bli för lång. Vidare har medarbetare ofta inte tillräcklig kunskap om patienters rätt att bli hänvisade vidare.<sup>45</sup> Skillnader i väntetider inom en och samma region och även mellan närliggande regioner, som vi redogör för i avsnitt 3.2, tyder på att samverkan kan bli bättre kring väntande patienter.

Utredningen konstaterar att det finns allmän information om vårdgarantin på 1177.se<sup>46</sup> och i flera regioner finns ytterligare information om vårdgarantin hos vårdgivarna. Ändå är rätten att åberopa vårdgarantin okänd för många patienter. Vår bedömning är att informationen om vårdgarantin behöver förtydligas och nå ut till fler patienter. Det handlar både om rätten att åberopa vårdgarantin och informationen om det fria vårdvalet, när väntetiden överstiger garantins tidsgränser. Tydlig information till patienterna om deras rättigheter stärker möjligheterna för dem att agera och att snabbare få vård.

### *Viktigt med årliga behovsanalyser för att kunna erbjuda fler patienter vård hos annan vårdgivare*

För att planera och utföra en god vård är det särskilt viktigt att regionen gör en noggrann analys av vårdbehoven och kapaciteten för olika medicinska vårdområden i regionen.<sup>47</sup> Om regionen tidigt planerar för och hänvisar flöden av väntande patienter till andra vårdgivare kan regionen bättre möta invånarnas behov. Detta kan exempelvis göras genom behovs- och kapacitetsplaneringsanalyser, som många regioner redan genomför. I dag används dock dessa analyser vanligen för schemaläggning och resursplanering, men inte för att aktivt erbjuda väntande patienter vård någon annanstans.<sup>48</sup>

Bedömningar av vårdkapaciteten sker snarare på verksamhets- och avdelningsnivå än på regionnivå. I många regioner saknas en helhetsbild av tillgänglig kapacitet, vilket gör det svårare att planera för vårdbehoven på längre sikt.<sup>49</sup> En behovsanalys som genomförs

---

<sup>45</sup> Sveriges Kommuner och Regioner 2022.

<sup>46</sup> 1177 är ett samarbete mellan Sveriges regioner. På hemsidan 1177.se samlas kunskap och tjänster inom hälsa och vård. 1177 är även ett telefonnummer för sjukvårdsrådgivning.

<sup>47</sup> Socialstyrelsen 2018.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen 2024 och Palmgren & Eklund 2014.

<sup>49</sup> Socialstyrelsen 2018.

årligen, på regionnivå, ökar möjligheten för regionerna att kunna avgöra vilka patienter eller patientflöden som inte kommer att få vård inom vårdgarantins gränser och som därmed bör erbjudas vård hos en annan vårdgivare, offentlig eller privat, med bättre tillgänglighet.

Mer strukturerade arbetssätt i vårdgarantifunktionerna, enligt vårt förslag ovan, kan leda till bättre resultat inom detta område.

### *Vårdgarantiservice i Västra Götalandsregionen kan inspirera vårdgarantifunktioner i andra regioner*

Västra Götalandsregionen har en vårdgarantiservice, som bland annat arbetar med att tidigt nå och informera patienter om vårdgarantin och möjligheterna att få vård hos en annan vårdgivare. Funktionen stöttar även och utbildar sjukhusen i dessa frågor.

Vårdgarantiservice gör årliga behovsanalyser och har tagit fram en ”regional rutin för leveransplaner,” för att koordinera flöden av patienter till vårdgivare med bättre tillgänglighet, inom eller utanför den egna regionen. Syftet med leveransplanerna är att de ska utgöra ett stöd för sjukhusförvaltningar och leverantörer i arbetet med att erbjuda patienter vård inom vårdgarantins gränser. Västra Götalandsregionens rutin har resulterat i att cirka 50 000 - 55 000 väntande patienter har erbjudits vård hos andra vårdgivare med bättre tillgänglighet.<sup>50</sup>

Utredningen bedömer att vårdgarantiservice i Västra Götalandsregionen kan tjäna som inspiration för vårdgarantifunktioner i andra regioner i arbetet med att koordinera flöden av patienter till vårdgivare med bättre tillgänglighet, inom eller utanför regionen. Regionens rutin för leveransplaner kan utgöra utgångspunkt för andra när de tar fram underlag för den långsiktiga planeringen av regionens kapacitet.

---

<sup>50</sup> Västra Götalandsregionens redovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024.

## Steg 2 och 3 i modellen för att hitta ledig kapacitet: Det finns avtal med privata vårdgivare men de används i många fall inte

### *Regionerna har hundratals avtal med privata vårdgivare*

Regionerna har sammanlagt över 500 avtal som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, och lika många som är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV.<sup>51</sup> Avtalen är tecknade med privata vårdgivare.<sup>52</sup>

LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna ingått avtal med privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Avtalen mellan regionerna och privata vårdgivare kan se ut på olika sätt. Därför skiljer det sig även åt hur en enskild patient kan få sin offentligt finansierade vård utförd av en privat vårdgivare. Ett exempel på avtal som är vanligt förekommande är vårdgarantiavtal (även benämnt kökaptionsavtal eller tillgänglighetsavtal). Dessa avtal gäller som huvudregel för en viss volym, även om det också förekommer avtal utan tak, det vill säga utan gränser för exempelvis antal operationer eller att vård får upphandlas för ett visst belopp.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> SOU 2021:80, s. 493.

<sup>52</sup> Sedan januari 2023 är det möjligt för idéburna organisationer som bedriver offentligt finansierad välfärdsverksamhet att kunna registrera sig i ett särskilt register. Registreringen är frivillig och upphandlande myndigheter, som regioner, ges möjlighet att reservera rätten att delta i upphandlingar av vissa välfärdstjänster till idéburna organisationer.

<sup>53</sup> SOU 2021:80, s. 217.



### *Exempel på utformningen av avtalen i regionerna*

Regionerna i Västra sjukvårdsregionen<sup>54</sup> har träffat ett samverkansavtal som innebär att invånarna fritt kan välja vårdgivare inom primärvård, länssjukvård och specialisttandvård vid vårdenheter inom sjukvårdsregionen. Båda regionerna i sjukvårdsregionen, Västra Götaland och Halland, har avtal med privata vårdgivare. Region Västra Götaland har ett 20-tal avtal med privata vårdgivare som kallas för tillgänglighetsavtal. För att få vård utifrån dessa avtal behöver patienten ett underlag om att vård inte kan ges i hemregionen inom garantitiden. På motsvarande sätt har Region Halland 30 vårdgarantiavtal inom områdena ögon, allmän ortopedi, hjärtsjukvård och urologi. De privata vårdgivarna kan ge vård om regionens mottagning inte kan ta emot patienten inom vårdgarantins gränser.

Region Skåne har 47 vårdgarantiavtal. Dessa liknar varandra i utformning och har tecknats med privata vårdgivare inom och utanför regionen. De nu gällande avtalen tecknades under våren 2024 efter en upphandling där alla vårdgivare som uppfyllde kraven fick teckna avtal med regionen. Syftet med avtalen är att bidra till att vårdgarantin kan uppnås. Region Skåne har strävat efter att få tillgång till vårdgivare med många olika specialiteter som kan behandla patienter om tidsgränserna i vårdgarantin inte kan hållas. Avtalen innebär inte att privata vårdgivare garanteras något visst antal patienter.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Det påverkar regionernas utformning av sina upphandlingar, då det i princip innebär att regionerna måste utforma avtalen så att vård kan ges till patienter från andra regioner.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Västra Götalandsregionen och de norra kommunerna i Region Halland bildar tillsammans Västra Sjukvårdsregionen.

<sup>55</sup> SOU 2021:59, s. 169–170.

*Det finns tre huvudsakliga skäl till att avtalen inte används*

Regionerna har alltså en mängd avtal med privata vårdgivare. Under utredningens gång har det blivit allt tydligare att dessa avtal skulle kunna användas i högre utsträckning – detta gäller såväl regionens egna avtal, som de avtal som andra regioner ingått med privata vårdgivare. Vi menar att det finns stora fördelar att vinna för patienterna i deras väntan på vård, om dessa avtal utnyttjades i större utsträckning och på det sätt som avsågs när de tecknades.

Det är framför allt tre skäl som framförts till att avtalen inte används mer:

Det första skälet är ekonomiskt. Vissa regioners ekonomiska situation gör att regionen hellre väljer att ställa patienter i kö, än att använda sig av tillgängliga avtal.

Det andra skälet är bristande kunskap. De personer som har möjlighet att påverka att en enskild patient får vård hos en annan vårdgivare än inom den offentligt drivna vården saknar kunskap om hur de ska gå tillväga. Personer i en sådan funktion behöver känna till och kunna tillämpa information om vilka avtal som finns tillgängliga inom den egna regionen (och inom andra regioner) för att avtalen ska kunna nyttjas på ett effektivt sätt.

Det tredje skälet är att det finns administrativa hinder som gör det svårt att använda sig av avtalen. Det skälet blir främst relevant när en region ska använda sig av andra regioners avtal. Förutom att dessa avtal är mindre kända,<sup>56</sup> kan avtalen vara formulerade utifrån den upphandlande regionens behov, vilket gör det administrativt komplicerat att använda sig av avtalen för andra regioner.

Det har även framförts uppgifter till utredningen om att systemet med ett riksavtal för utomlänsvård, regionavtal och mellanlänsavtal i sig är komplicerat och inte främjar användandet av andra regioners avtal.

Utöver dessa tre skäl konstaterar vi att det ibland även finns andra orsaker till att befintliga avtal med privata vårdgivare inte används. Det kan till exempel handla om att patienter inte vill resa till en annan ort för att få sin operation utförd. Det kan också vara så att privata vårdgivare får förfrågningar från den offentliga vården under den senare delen av året, vilket ger de privata vårdgivarna sämre

---

<sup>56</sup> Denna aspekt har lyfts fram av Tillgänglighetsdelegationen i SOU 2021:59, s. 170.

möjligheter att tillhandahålla vård än om de blivit tillfrågade tidigare under året.

*Om administrationen förenklas kan avtal med privata vårdgivare användas i högre utsträckning*

Det finns flera åtgärder som regionerna kan vidta för att bättre utnyttja befintliga avtal med privata vårdgivare än vad som görs i dag. Tillgänglighetsdelegationen konstaterade till exempel i betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59), att regionerna har behov av information om vilka vårdgivare som andra regioner har avtal med, samt om vårdutbudet hos dessa. Regionerna behöver även veta mer om villkoren för avtalens tillämpning, ledig kapacitet, samt hur lång väntetiden är hos de privata vårdgivare som andra regioner har avtal med. Delegationen drog slutsatsen att ”sådan information bland annat skulle kunna effektivisera regionernas arbete för att fullgöra sin skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare inom vårdgarantin när den inte kan uppfyllas inom regionen”.<sup>57</sup> Utredningen instämmer i Tillgänglighetsdelegationens slutsats.

Vi vill även lyfta fram att regionerna skulle kunna förenkla administrationen som krävs för hanteringen av avtalen. Det kan till exempel handla om att se över vad som gör vissa avtal svårare att tillämpa än andra och om det finns sätt att arbeta mer strategiskt i upphandlingen av hälso- och sjukvård. Om de administrativa hindren minskade skulle det kunna leda till en utökad användning av regionernas avtal med privata vårdgivare, vilket i sin tur kunde leda till kortare väntetider i vården.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten ska enligt sin delredovisning i mars 2024 ”undersöka möjligheten till förbättrad utformning och hantering av avtal och betalningsförbindelse för att förenkla matchning mellan vårdutbud och vårdbehov.”<sup>58</sup> Utredningen ser fram emot att ta del av slutredovisningen som

---

<sup>57</sup> SOU 2021:59, s. 170.

<sup>58</sup> Myndigheterna lämnade i mars 2024 en gemensam delredovisning av uppdraget om att ta fram en nationell plan för att möjliggöra regeringens initiativ om nationell vårdförmedling (2023/02117). Myndigheterna skulle i delredovisningen bland annat göra en bedömning av olika vägval inför det fortsatta arbetet.

myndigheterna lämnar i mars 2025. Vi kommer att beakta den i vårt fortsatta arbete.

### *Upphandlingsmyndigheten kan stödja regionerna och minska administrativa hinder*

Upphandlingsmyndigheten arbetar med att skapa bättre redskap och metoder inom upphandlingsområdet.<sup>59</sup> Myndigheten har också ett stödjande uppdrag kopplat till hållbara, effektiva och rättssäkra offentliga affärer. Utredningen bedömer att myndigheten skulle kunna fungera som en stödjande part i regionernas arbete med att komma till rätta med de administrativa hinder som gör att vårdavtal inte utnyttjas fullt ut. Det är mot denna bakgrund som utredningen föreslår ett regeringsuppdrag till Upphandlingsmyndigheten. I uppdraget ingår att se över såväl förberedelsearbetet inför upphandlingar, som hur regionerna kan arbeta med redan upphandlade avtal.

## **3.4 Vårdkapaciteten kan öka och väntetiderna kortas om åtgärder som inte bör göras fasas ut**

Utredningen har slutligen förslag som handlar om att *sluta* göra vissa typer av åtgärder – att sluta genomföra vård utan patientnytta kan frigöra resurser till annan vård och leda till ökad tillgänglighet.

**Utredningens förslag:** Artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada<sup>60</sup> och smärta i knät är en åtgärd som inte ska utföras. Den har inte bättre effekt än annan icke-kirurgisk behandling och är även dyr. Utredningen föreslår därför att regionerna vidtar åtgärder för att sluta utföra dessa ingrepp.

Enligt en rapport från OECD bedöms hälso- och sjukvårdsåtgärder med liten, tveksam eller ingen nytta för patienten stå för omkring

<sup>59</sup> Upphandlingsmyndigheten 2023, s. 6.

<sup>60</sup> Meniskerna sitter på varsin sida av knäskålen och gör knät stabilare. Meniskskador delas in i akuta och degenerativa sådana. En degenerativ meniskskada är beskrivs ofta som ett resultat av mångårig repetitiv belastning och är sällan associerad till ett tidigare känt trauma.

20–30 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader inom OECD:s medlemsländer.<sup>61</sup> Att sådana åtgärder genomförs innebär att annan vård och behandling, som har bättre effekt eller som kunde ha utförts för patienter med större behov, trängs bort. Frågan är även viktig ur ett patientsäkerhetsperspektiv, eftersom undersökningar och behandlingar som potentiellt sett kan vara skadliga riskerar att resultera i ett onödigt lidande och försämrat hälsotillstånd för patienten.<sup>62</sup>

Kloka kliniska val (KKV) är den svenska motsvarigheten till den internationella rörelsen *Choosing wisely*, som syftar till att identifiera åtgärder som saknar nytta i vården. Kloka kliniska val drivs av Svenska Läkaresällskapet, som bland annat listar åtgärder i vården som saknar patientnytta. Svenska Läkaresällskapet vill även underlätta dialogen mellan läkare och patienter för att göra kunskapsbaserade val. Sällskapet konstaterade 2023 att det finns goda skäl och även förutsättningar för fortsatt arbete med kloka kliniska val i Sverige.<sup>63</sup>

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter.<sup>64</sup> Uppdraget delredovisades den 10 december 2024 och ska slutredovisas senast den 10 december 2025.

### **3.4.1 Regionerna följer inte alltid Socialstyrelsens rekommendationer om "icke-göra" i nationella riktlinjer**

Utredningen konstaterar att utmönstring av vårdåtgärder bör utgå från patienten och ledas av medarbetarna i hälso- och sjukvården. Huvudsyftet bör vara att ge en vård av god kvalitet.

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ger stöd för beslutsfattare i fördelningen av resurser. Socialstyrelsen kan ge rekommendationen "icke-göra" för åtgärder som hälso- och sjukvården inte ska göra för att de inte har någon effekt, för att de har sämre effekt än annan åtgärd eller för att de är skadliga. Under 2023 utvärderade Socialstyrelsen om hälso-

---

<sup>61</sup> OECD 2017.

<sup>62</sup> Socialstyrelsen 2023.

<sup>63</sup> Svenska Läkaresällskapet 2023.

<sup>64</sup> Uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter (S2024/01266(delvis)).

och sjukvården använder åtgärder som klassas som icke-göra-åtgärder.<sup>65</sup> Utvärderingen visar att flera sådana typer av åtgärder fortfarande tillämpas inom flera riktlinjeområden.

Socialstyrelsen konstaterar att följande förutsättningar för förändring behöver finnas på plats för att utfasning av åtgärder som inte bör göras ska vara möjlig:

- På nationell, regional och lokal nivå behövs kunskapsspridning och kompetensutveckling. Behov av förändring, evidensläget, och resultat från uppföljningar behöver även kommuniceras och diskuteras.
- Vårdens organisation och strukturer behöver underlätta förändring; det är beslutsfattare inom regionerna som har mandat att påverka exempelvis vårdplatser, ersättningssystem och kompetensförsörjning.
- På verksamhetsnivå, genom lärandeorganisationer som främjar samarbete och kollegialt stöd.<sup>66</sup>

Enligt utredningen finns det anledning att återigen lyfta vikten av att regionerna arbetar för att få dessa förutsättningar på plats. Detta för att möjliggöra en utfasning av åtgärder som inte bör göras.

### **Artroskopisk kirurgi bör inte utföras vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä**

Enligt riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar bör artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä inte utföras. Detta eftersom åtgärden inte har bättre effekt än annan icke-kirurgisk behandling.

Åtgärden är även dyr och medför viss risk för komplikationer. Socialstyrelsens uppföljning visar att den här typen av behandlingar har halverats under en 10-årsperiod, men att de regionala skillnaderna är stora och att åtgärden fortfarande används ofta. Variationen i antalet artroskopier per 100 000 invånare tyder på att det finns omotiverade skillnader. Regioner som i hög utsträckning gör dessa ingrepp vid degenerativa tillstånd behöver vidta åtgärder,

---

<sup>65</sup> Socialstyrelsen 2023.

<sup>66</sup> Socialstyrelsen 2023.

exempelvis informera sjukhus- och klinikledningar om att åtgärden inte är en effektiv behandling av tillståndet. Informationen behöver även riktas till hälso- och sjukvårdspersonal som skriver remiss, menar Socialstyrelsen.<sup>67</sup>

Utredningen instämmer i Socialstyrelsens bedömning och menar att det behövs större insatser än enbart kommunikation och utbildning. I vissa regioner utgår ersättning för att utföra denna typ av artroskopier trots att åtgärden har klassats som icke-göra. För att utmönstra artroskopisk kirurgi vid artros behöver regionerna därför se över sina ersättningssystem och uppdragsbeskrivningar.

### **3.5 Förslag till finansiering av engångsinsatser**

De ersättningar som vi föreslår för höftprotes- och framfallsoperationer samt operationer av grå starr skulle kunna finansieras från anslag 1:11, *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9. Vårt förslag på ersättningar till regionerna innebär kostnader på cirka 314 miljoner kronor.

Förslaget om att förstärka vårdgarantifunktionerna i regionerna skulle kunna finansieras med cirka 100 miljoner kronor från anslag 1:6, *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*, utgiftsområde 9. Uppdraget till Upphandlingsmyndigheten skulle kunna finansieras med 2 miljoner kronor från samma anslag.

Vårt fjärde förslag till engångsinsats handlar om att sluta göra vissa åtgärder. Insatsen medför inte några kostnader.

---

<sup>67</sup> Socialstyrelsen 2023.

## 4 Utredningens fortsatta arbete

Redovisningen i denna promemoria behandlar endast en begränsad del av utredningens direktiv, den som rör statliga engångsinsatser. Till slutredovisningen i maj 2026 kommer vi arbeta vidare med övriga delar av direktiven – att föreslå en ny vårdgaranti, en reglering för patienters valfrihet i vården, förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin, med mera.

De iakttagelser som vi gjort kring bristande användning av befintlig kapacitet i vården till exempel, kommer att vara till nytta i arbetet med att utreda hur patienter tidigare än i dag ska kunna få vård hos en vårdgivare utanför den egna regionen. Detsamma gäller de uppgifter som vi har fått om bristande information till patienterna om deras rätt att åberopa vårdgarantin, liksom andra iakttagelser vi gjort.

Flera regeringsuppdrag som rör tillgänglighet i vården, inte minst de som rör nationell vårdförmedling, kommer att avslutas under utredningens gång. Dessa kommer vi att beakta i det fortsatta arbetet.



# Referenser

## Författningar

### Lagar och förordningar

Lagen om den officiella statistiken (2001:99).

Förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).

Lagen om valfrihetssystem (2008:962).

Patientlagen (2014:821).

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).

Förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253).

## Offentligt tryck

### Kommittédirektiv

Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.*

## Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Finansutskottets betänkande 2021/22:FiU1, *Statens budget 2022 – Rambeslutet*, Riksdagsskrivelse 2021/22:46.

Finansutskottets betänkande 2023/24:FiU1, *Statens budget 2024 – Rambeslutet*, Riksdagsskrivelse 2023/24:47.

Finansutskottets betänkande 2024/25:FiU1, *Statens budget 2025 – Rambeslutet*, Riksdagsskrivelse 2024/25:49.

## Propositioner

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2023/24:1, *Budgetpropositionen för 2024*.

Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

## Statens offentliga utredningar

SOU 2021:80, *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*. Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Betänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2022:22 *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

## Regeringsuppdrag

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsökesystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*, S2022/01372 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*, S2022/01644 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, S2023/02117 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, S2023/02119 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*, S2024/01058 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, S2024/01059 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter*, S2024/01266 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, S2023/03331 (delvis).

## Övrigt

Carlsson, Per, Waldau, Susanne (Redaktörskap), *Att välja rättvist: prioriteringar i hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur, 2013.

Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete – En enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*, Arbetsrapport 2024:02.

- Godøy, A., Haaland, V F., Huitfeldt, I. och Votruba M. *Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply*, American Economic Journal: Economic Policy, 16 (2): 150–81, 2024.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Styra mot horisonten - Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*, 2020.
- Nationella Kataraktregistret, *Svensk Kataraktkirurgi Årsrapport 2023 baserad på data från Nationella Kataraktregistret*, 2023.
- Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, *Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi Årsrapport från GynOp-registret avseende operationer utförda år 2023*, 2024.
- Palmgren, M, Eklund, F, *Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; RKA - Rådet för kommunala analyser*, 2014.
- Regeringsförklaringen 18 oktober 2022.
- Regeringsförklaringen 10 september 2024, *För ett rikare och tryggare Sverige*.
- Redovisning från Västra Götalandsregionen av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024, Socialstyrelsens dnr 51165/2024.
- Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, Sveriges kommuner och landsting.
- Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RiR 2017:3.
- Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, RiR 2023:12.
- Sirona, *En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer - Rapport till Vårdföretagarna*, 2024.
- Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Vård som inte bör göras - Följsamheten till nationella riktlinjer*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning: Delredovisning av regeringsuppdrag*, 2024.

- Svenska Ledprotesregistret, *Årsrapport 2024*, 2024.
- Svenska Läkaresällskapet, *Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val*, 2023.
- Synskadades riksförbund, *Katarakt (grå starr)*  
<https://www.srf.nu/synskador/diagnoser/katarakt-gra-starr/>  
(hämtat 2024-11-28).
- Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige, avtal mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna.
- Upphandlingsmyndigheten, *Årsredovisning 2023*, UHM-2023-0149.
- Vårdföretagarna, *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti – En nationell insats för att ta ansvar för patienter – i hela landet. Så kan vårdgarantin bli en realitet och vårddköerna kortas.*  
<https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-varldgaranti/> (hämtad 2014-12-11).
- Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården oktober 2024.*  
<https://www.vardforetagarna.se/varldskulden/> (hämtad 2024-12-11).
- Västra Götalandsregionens redovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024, Socialstyrelsens dnr 51165/2024.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024, *God och nära vård 2024 En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav*, S2023/03334.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, S2023/03331.

# Expertgrupp och referensgrupper

## Förordnade experter och sakkunniga i utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05)

Utredningen har sedan den 9 oktober 2024 en expert- och sakkunniggrupp. Gruppen har sammanträtt vid ett tillfälle under hösten 2024 och består av nedanstående personer.

### Experter:

Professor *Anders Anell*, Lunds universitet  
Direktör *Mats Bojestig*, Region Jönköpings län  
Samordnare *Annika Brodin Blomberg*, SKR  
Ordförande *Niklas Ekerstad*, Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet  
Direktör *Caroline Hällsjö Sander*, Region Stockholm  
Enhetschef *Marwaa Ibrahim*, E-hälsomyndigheten  
Enhetschef *Elisabeth Liljekvist*, Region Jämtland Härjedalen  
Analytiker *Agnès Lindvall*, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
Specialistsjuksköterska *Martina Lundmark*, Svensk sjuksköterskeförening  
Enhetschef *Henrik Lysell*, Socialstyrelsen  
Specialistläkare *Rebecca Oscarsson*, Västra Götalandsregionen  
Enhetschef *Lennart Pettersson*, Inspektionen för vård och omsorg  
Patientföreträdare *Inger Ros*, Funktionsrätt Sverige  
Professor *Christian Rück*, Karolinska Institutet  
Professor *Lars Sandman*, Prioriteringscentrum Linköpings universitet  
Förvaltningschef *Thomas Wallén*, Skånes sjukhus nordväst

Utvecklingsledare *Johanna Woltjer*, SKR

**Sakkunniga:**

Departementssekreterare *David Dager*, Finansdepartementet

Departementssekreterare *Lars Karlander*, Finansdepartementet

Departementssekreterare *Oskar Johansson*, Socialdepartementet

Kansliråd *Andrea Larsson*, Socialdepartementet

**Referensgrupper**

Utredningen har knutit fyra referensgrupper till sig:

- Hälsa- och sjukvårdsdirektörsnätverket, SKR
- Patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Referensgrupp för privata och idéburna vårdgivare
- Referensgrupp för fackliga organisationer.

I gruppen ingår representanter från Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund samt Vårdförbundet.

# Beräkningar av kostnader för utförda operationer med tillhörande vård

I avsnitt 3.2.3 redogör vi på en övergripande nivå för uppskattade kostnader för det insatsförslag som handlar om utförda operationer. Vi bedömer i avsnittet att det behövs cirka 284 miljoner kronor för att ersätta regionerna för de utförda operationstyperna. Den uppskattade fördelningen av kostnaderna ser ut som följer:

- 177 miljoner kronor för ersättning för operationer av höftledsproteser,
- 42 miljoner kronor för ersättning för operationer av framfall och
- 65 miljoner kronor för ersättning för operationer av grå starr.

Beräkningarna grundar sig på antalet patienter inom respektive diagnosområde som i genomsnitt hade väntat längre än 90 dagar på sin operation varje månad mellan augusti 2023 och augusti 2024, samt en ungefärlig kostnad för operationer utförda i offentlig regi, se kostnadsberäkningar i tabell 1 nedan.

I de uppskattade kostnaderna är hänsyn tagen till bedömningsbesök, eventuell medicinsk service, eventuell slutvårdsrehabilitering samt postoperativt besök. Till detta tillkommer utgifter för resor och andra omkostnader med cirka 30 miljoner kronor.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Om alla patienter skulle behöva söka vård i en annan region uppskattas en tillkommande genomsnittlig kostnad om 4 000 kronor per person, vilket sammantaget skulle uppgå till cirka 30 miljoner kronor. Uppgiften kommer från Vårdföretagarnas rapport *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti. En nationell insats för att ta ansvar för patienter – i hela landet. Så kan vårdgarantin bli en realitet och värdköerna kortas.*



**Tabell 1. Kostnadsberäkning**

	Snittkostnad operation offentlig vårdgivare	Antal väntande i genomsnitt per månad aug 2023 - aug 2024	Summa kostnader operationer	Resekostnader
<b>Operation av höftledsprotos</b>	104 167 kr	1 700	177 083 900 kr	6 800 000 kr
<b>Operation av framfall*</b>	Framre kolporafi 32 914 kr Bakre kolporafi 36 887 kr	1 200	41 880 000 kr	4 800 000 kr
<b>Operation av grå starr</b>	Ensidig operation av grå starr 14 395 kr	4 500	64 777 500 kr	18 000 000 kr
<b>Kostnader</b>			283 741 400 kr	29 600 000 kr
<b>Totalt belopp</b>				<b>313 341 400 kr</b>

*Källa:* Väntetidsdatabasen och Sirona. En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotosoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer, Rapport till Vårdföretagarna i mars 2024. I tabellen används snittkostnader för operationer utförda i offentlig regi i Region Skåne.

*Kommentar:* Eftersom offentliga vårdgivare till skillnad från privata även utför komplicerade operationer, vilka oftast har en högre resursförbrukning, har dessa operationer exkluderats från Sironas analys. Utredningen bedömer dock att kostnaden för dessa resurstunga operationer (ASA 3 och 4) kompenseras genom att ersättningen som utgår till privata vårdgivare är lägre än det beräknade beloppet per operation. Enligt Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi årsrapport avseende prolapsoperationer utförda 2023 tillhörde 94 procent av patienterna ASA 1–2. Enligt Svenska Ledprotosregistret årsrapport 2024 tillhörde cirka 81 procent av patienterna som genomgick operation av elektiv primär total höftprotos ASA 1–2.

\* Beräkning på kostnadsnitt för främre och bakre kolporafi (34 900 kr).

## Risk för att regionerna minskar sina egna resurser

Utredningens förslag är att varje region tilldelas en andel av totalsumman på 314 (284+30) miljoner kronor. Från varje regions andel utgår sedan ersättning för de utförda operationerna. Om det inte utförs så många operationer i regionen som potten motsvarar betalas inte alla medel ut.

Intentionen med satsningen är att antalet operationer ska öka. I denna promemoria föreslås dock inte några formella krav på att antalet operationer måste öka för att regionerna ska få del av medel,

utan endast att regionerna ska få medel för varje operation som utförs. En risk med detta är att regionerna använder tillskottet för operationer som de själva skulle ha finansierat och att satsningen därför inte resulterar i en produktionsökning motsvarande de medel som betalas ut. Utredningen lämnar till regeringen att bedöma om sådana krav bör ställas, det skulle till exempel kunna handla om krav på regional medfinansiering eller en ökning av antalet operationer i jämförelse med föregående år.

# Begrepp och definitioner

Enligt 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, vilar huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård på de 21 *regionerna* och i viss mån även på kommunerna.

Landets 21 regioner är indelade i *sex samverkansregioner* för hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Indelningen framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

*Artroskopi* innebär att en läkare undersöker eller opererar en led med hjälp av ett artroskop. Ett artroskop är ett tunt metallrör som innehåller en kamera och förs in i leden genom ett litet hål.

*Kapacitet* i hälso- och sjukvården definieras ofta som den produktion av vård som kan uppnås under en bestämd tidsperiod med en given produktionsmetod. I denna promemoria syftar begreppet *kapacitet* på en vårdgivares förmåga att erbjuda patienter vård inom vårdgarantins tidsgränser. Ledig kapacitet hos en vårdgivare innebär att det finns möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare.

En *vårdgarantifunktion* är en funktion för att stödja patienter och vårdgivare i frågor om vårdgarantin och valmöjligheter i vården. Det kan handla om en väntetidssamordnare, en tillgänglighetskoordinator eller motsvarande hos vårdgivarna, eller så kan det vara en regional vårdgarantifunktion, som ett vårdgarantikansli.

Ett *vårdgarantikansli* är en central regiongemensam vårdgarantifunktion som syftar till att stödja patienter och

vårdgivare i frågor om vårdgarantin, väntetider och valmöjligheter i vården.

En *vårdgivare* är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

## Vårdgarantin

Vårdgarantin regleras i HSL och HSF och beskriver hur länge en patient som längst ska behöva vänta på att få vård. Som framgått av kapitel 2 finns bestämmelser i patientlagen om skyldigheten för regionerna att informera om vårdgarantin. Vårdgarantin är uppdelad på olika vårdinsatser och innebär en försäkran om att den enskilde ska få

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> 6 kap. 1 § HSF.